

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1892, à 4 heures

PAR

HENRY VIVIAN DANGERFIELD

Né à l'île Maurice le 20 mars 1867

ULCUS RODENS

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. } LUTZ, KIRMISSON, agrégés,
 } NETTER, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

271

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1892, à 1 heure

PAR

HENRY VIVIAN DANGERFIELD

Né à l'île Maurice le 20 mars 1867

ULCUS RODENS

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. } LUTZ, KIRMISSON, agrégés,
 } NETTER, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. S. E.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	RETTERRER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND PÈRE

H. N. D. BEYTS C. M. G.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR STRAUS

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

INTRODUCTION.

Le but que nous nous sommes proposé en faisant ce travail, est de faire valoir tous les droits qu'avait l'Ulcus Rodens à être envisagé comme une affection spéciale, particulière, de le séparer des autres tumeurs épithéliales avec lesquelles il a été, et il est encore quelquefois confondu, et de faire voir enfin combien les auteurs anglais ont raison de le considérer comme une entité morbide parfaitement distincte, tant par la physionomie de ses lésions que par la constance de ses manifestations.

En apportant ici notre quote part de travail, le résultat de nos recherches, nous serions heureux de voir se dissiper, au moins en partie, les ténèbres qui entourent encore l'histoire de cette affection.

Qu'il me soit permis de prier M. le Professeur William Dubreuilh d'agréer nos meilleurs remerciements pour les bons conseils qu'il nous a donnés et les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer, nous lui en sommes très vivement reconnaissant.

Nous remercions aussi sincèrement tous ceux qui ont bien voulu nous aider dans cette tâche.

DÉFINITION

L'ulcus Rodens est une affection locale, formée par l'infiltration de certaines cellules épithéliales dans les éléments du derme ou d'autres tissus, et caractérisé cliniquement par une évolution extrêmement lente, n'aboutissant jamais à la cachexie, incapable de se cicatriser complètement d'elle-même et de se généraliser. On le retrouve dans de nombreux travaux sous les appellations de cancer épithélial, de cancroïde, d'ulcère chancreux, d'ulcère rongeur de Flacher Krebs, d'ulcus exedens de Noli me tangere. Mais aucun de ces noms n'a été spécialement réservé à l'affection que nous décrivons et que des auteurs anglais intitulent le « Rodent ulcer » ou l'ulcère rongeur.

HISTORIQUE.

L'origine de l'Ulcus Rodens, comme celle de bien des maladies est tellement obscure qu'il est difficile sinon impossible de la préciser. Il est probable qu'il existait depuis fort longtemps confondu avec les nombreuses affections cutanées de forme cancéreuse siégeant sur certaines parties du corps et principalement à la face.

C'est aux chirurgiens anglais et à Jacob de Dublin en particulier que revient le mérite d'avoir, les premiers, tentés de le séparer de ces nombreuses affections à côté desquelles il était placé et d'avoir essayé, par la description de ses formes, de ses symptômes et de sa marche, d'en faire une affection spéciale à caractères propres et particuliers, différente des cancers.

L'examen histologique approfondi des tissus qui entrent dans sa constitution, faite avec beaucoup de soin en France et en Allemagne, a depuis lors définitivement tranché les liens qui l'unissaient à ces dernières maladies et lui a fixé une place dans la nosographie des affections de la face de nature cancéreuse ou épithéliale. Les premiers observateurs s'attachèrent surtout à démontrer que si l'ulcus rodens affectait parfois de grandes analogies avec le cancer par sa marche essentiellement chronique, sa tendance à envahir les tissus voisins, son inaptitude à se cicatriser spontanément, que cette affection cependant n'était pas en réalité un cancer et qu'il s'en différenciait par certaines particularités cliniques, à peu près constantes.

C'est le Dr Jacobs d'Irlande qui le premier attira l'attention du monde médical sur cette affection.

Dans le « *Dublin hospital reports* » de 1827 cet observateur fit les remarques suivantes : « Je fais allusion à des ulcérations destructives d'un caractère spécial que j'ai observées aux paupières, au globe oculaire et à la face.

Les traits caractéristiques de cette affection sont la lenteur excessive de sa marche, l'aspect particulier de ses bords et de sa surface, le peu de douleur comparé à l'étendue de la lésion, sa nature incurable par elle-même, et enfin l'absence de propagation aux ganglions lymphatiques voisins. La lenteur avec laquelle cette affection procède est vraiment étonnante. »

M^r Caesar Hawkins, dans une leçon clinique publiée en 1842 fit les mêmes constatations et remarqua en outre que les surfaces des ulcérations étaient presque dépourvues de fongosités, de granulations ou d'aspect verruqueux qu'elles avaient peu de tendance aux hémorrhagies et que des lésions mêmes très étendues n'étaient suivies d'aucun désordre notable de la constitution. Ces particularités le firent pencher à considérer l'ulcus rodens comme une *affection locale* bien différente du cancer dont il s'éloignait encore par son manque de retentissement ganglionnaire et par la nature de son exudat ne rappelant en rien l'ichor cancéreux.

Pendant ce temps la nature particulière de l'ulcus rodens fut l'objet d'une étude attentive en France.

Nélaton dans son traité de chirurgie publié en 1844 donna une excellente description de cette affection sous la dénomination d' « ulcer chancreux. » Elle débute, « dit-il », quelquefois sous la forme d'une petite verrue, auquel on a donné le nom de « Tubercule malin » ; et quelquefois par une petite tumeur jaunâtre légèrement opaque à surface luisante et polie souvent épaisse par de nombreuses lignes rouges dues à la dilata-

tion des vaisseaux. La base en est large et légèrement indurée.» le nodule, fait il remarquer ensuite, peut demeurer longtemps sans inconvénient si on ne l'irrite pas. Mais si le malade le gratte ou le coupe en se rasant, la tumeur se gonfle devient douloureuse et s'ulcère. Qu'elle qu'ait été son origine, continue-t-il, « L'ulcère présente une surface rugueuse, inégale, irrégulièrement circonscrite par des bords livides, durs et mousses, entourés de téguments ayant conservé leur aspect normal à moins de destructions très étendues, dans lequel cas ils prennent une teinte rouge livide ; et il ajoute, que ces sortes d'ulcères ne sont jamais accompagnées d'augmentation ganglionnaire et que l'état général du malade est souvent parfait. Il fait cependant remarquer que quelques fois aussi la maladie au lieu d'affecter cette forme bénigne revêt un caractère grave. Le travail ulcératif gagne en profondeur aussi bien qu'en surface et qu'il peut détruire alors non seulement la peau et le tissu conjonctif sous cutané mais encore les muscles sous jacents, les cartilages et même les os. »

Il est évident que Nélaton considérait cette affection comme ayant des caractères particuliers distinctifs capables d'en faire une maladie spéciale.

Sir B. Brodie en 1846 en donna une description à peu près analogue à la précédente. Il ajoute que lorsque les lésions affectent la forme grave à marche envahissante rapide, l'ulcus rodens devait être considéré comme d'essence maligne, mais que néanmoins il ne doit pas être confondu avec le cancer en ce qu'il n'atteint jamais les ganglions lymphatiques ; qu'il est une affection locale et apparait rarement dans une autre région que la face. »

Plus tard, Paget dans ses « Lectures on Surgical Pathology » décrit ainsi la maladie :

« La nature envahissante de l'ulcération, est dans une certaine mesure semblable au mode de propagation de différentes formes de cancer, surtout de cancer épithélial. Cette similitude ne pourrait indiquer qu'un certain degré d'affinité, tandis que leurs divergences se montrent d'autant plus évidentes que l'on considère que l'ulcus rodens n'a ni la forme, ni l'aspect, ni le mode de progression d'aucune sorte de cancer, et qu'en outre, les tissus qui constituent sa base et son pourtour, ne contiennent aucun élément épithélial ou cancéreux ; mais sont infiltrés par les mêmes éléments que l'on retrouve dans tous les ulcères chroniques.

Les caractères de l'ulcus rodens, qu'il siège à la joue, à la paupière, à la lèvre supérieure, au nez ou à quelle qu'autre partie du visage, sont les suivantes :

La forme en est irrégulière, quoique généralement ovale ou circulaire. La base quelque profonde qu'elle soit, quelque inégalement excavée, n'est jamais pourvue de nodosités, contrairement aux surfaces cancéreuses qui en présentent généralement.

L'ulcère est comparativement sec et luisant, émettant très peu de liquide ne rappelant pas la fétidité de l'ichor cancéreux.

La couleur de la plaie est généralement d'un rouge jaunâtre brillant. Les bords sont peu ou pas élevés, s'ils le sont, ils ne sont ni tranchants ni décollés, mais sont très finement granuleux, mousses et arrondis. Les téguments adjacents apparaissent parfaitement sains.

La base et les bords semblent durs et pâteux comme s'ils étaient limités par du tissu infiltré, d'un ou deux millimètres d'épaisseur.

Cette couche d'induration n'augmente pas à mesure que la maladie progresse, et demeure à peu près constante, ce qui

n'existe pas dans les ulcères cancéreux. Enfin dans le processus de l'ulcus rodens, on n'observe que de la destruction des tissus, tandis que dans le cancer, cette destruction est suivie de tout un cortège de syndromes.

Dans le « Médical Times et Gazette » de 1860. M. Jonatham Hutchinson fit publier un important rapport clinique de 42 cas d'Ulcus Rodens, et qu'il fit suivre d'un certain nombre d'« aphorismes » dans lesquels nous remarquons les passages suivants :

Il apparaît assez fréquemment sur l'une ou l'autre partie du visage, une forme particulière d'ulcère, caractérisé par un bord induré, par une tendance à gagner les tissus voisins, par une marche extrêmement lente, cet ulcère ne cause que peu de douleur, ne produit aucune cachexie et n'est jamais suivi de retentissement dans les ganglions lymphatiques, avec dépôt dans les viscères.

Les sections des bords indurés, ou provenant des végétations nouvelles, ne montrent aucunement la structure cellulaire que l'on rencontre dans le cancer épithélial squirrheux ; mais bien celle d'un tissu fibreux en voie d'organisation.....

Cet ulcère diffère du lupus exedens, en ce qu'il n'atteint jamais les jeunes gens, et ne guérit jamais spontanément ; que ce dernier possède des bords enflammés pourvus de tubercules, bords presque non indurés, tandis que ceux de l'ulcus rodens le sont nettement, quoique sans tubercules et sans congestion inflammatoire.

L'ulcère en question diffère du cancer en ce qu'il n'a aucune tendance à former des végétations, et en ce qu'il ne produit aucun gonflement des ganglions et ne forme jamais de dépôts dans les viscères internes.

Il fait en outre une description de l'ulcus rodens, se rappro-

chant beaucoup de celle que ses prédécesseurs avaient donnée.

La première partie de l'histoire de l'ulcus rodens peut être considérée comme close à la suite du « Rapport » de M. Hutchinson.

Il semblait alors nettement établi que l'ulcère rongeur n'était pas un cancer, que dans aucune de ses lésions on ne pouvait découvrir les éléments d'un cancer épithélial. — L'ulcus rodens était classé cliniquement c'est alors que commencèrent les recherches histologiques sur la nature même de l'ulcère rongeur.

Ceux qui pensaient avec Paget et Hutchinson que l'ulcère rongeur n'était pas de nature épithéliale trouvèrent bientôt un adversaire dans Thiersch.

En 1865 ce dernier fit remarquer que l'ulcère rongeur des auteurs anglais avait été considéré par Schuh comme une forme de cancer épithélial, et lui avait donné le nom de « Flacher Krebs » (cancer superficiel) par opposition au cancer profond.

Thiersch rapporta que ses investigations personnelles le conduisaient à penser que l'épithélioma devait être divisé en deux classes distinctes en tant que types, quoiqu'on rencontre des états intermédiaires.

1° L'épithélioma superficiel.

2° L'épithélioma profond.

Il range l'ulcus rodens dans cette première catégorie par suite du siège, de la marche habituelle de cette maladie ou du moins après avoir donné les caractères particuliers de l'affection à laquelle Schuh avait donné le nom de Flacher Krebs il fit remarquer avec emphase que le « Le Rodent Ulcer » de Paget de Foerster, que l'ulcère de Jacobs en un mot n'était autre chose que son Flacher Krebs ou épithéliome superficiel. L'opinion

de Thiersch fut adoptée dans toute l'Allemagne et forme maintenant la base de toutes les descriptions de cancer de la peau que l'on trouve dans tous les traités allemands. Cette opinion admise encore par Kaposi qui dans son « Hebra's text book of skin diseases » décrit l'ulcère rongeant comme un cancer épithélial superficiel.

Malheureusement le terme de cancer fut laissé à l'affection quoiqu'il eût été nettement établi que l'ulcère rongeant n'était pas un cancer.

La persistance de Thiersch à appliquer à l'ulcus rodens l'appellation de cancer épithélial superficiel eut pour résultat d'induire les auteurs allemands à mêler d'une façon inextricable l'épithéliôme épidermique superficiel avec l'ulcère rongeant.

L'on comprend d'autant mieux la possibilité d'une semblable erreur quand l'on considère que Kaposi et Thiersch lui-même admettaient qu'entre les deux affections il y avait plutôt une différence de *degré* qu'une différence *d'espèce*. Tandis que Thiersch, 1865, avait établi d'une *façon presque absolue* la nature épithéliale de l'ulcus rodens, l'on trouve en Angleterre, Moore en 1867 essayant de toutes ses forces de démontrer sur des bases cliniques que cette affection avait une plus grande identité, une plus frappante similitude avec le cancer, que ne lui attribuaient les connaissances d'alors. Il appuya principalement sur ce fait que « la maladie s'étend par la croissance du bouton induré primitif en gagnant et en détruisant les tissus voisins que le trou ou l'excoriation centrale étant trop grande pour être recouverte par une croûte, devient un ulcère distinct. » — et il ajoute plus loin : « Ainsi l'aspect seul de la maladie change et sa nature point. » C'est un nodule cutané pourvu d'une ulcération centrale et superficielle, il était appelé un bouton : mais à mesure que le néo-

plasme gagne en surface et en profondeur, alors que l'excoriation croûteuse s'élargit dans la cavité, c'est la destruction des tissus qui attire le plus l'attention et la maladie est mal nommée un ulcère. »

Il fait ensuite ressortir des différents points de ressemblance existant entre le cancer et l'ulcère rongeant. Sa tendance à gagner et à détruire des tissus environnants sans considération pour leur nature ; et « Ajouter à cela dit-il on trouve une plus grande indication de sa nature cancéreuse dans l'identité occasionnelle de ses éléments microscopiques avec ceux du cancer épithélial. Il n'est pas en outre, à ma connaissance, de cas qui se soit guéri spontanément. »

Malgré les assertions de Moore, la nature épithéliale de l'ulcère rongeant commença à se faire jour en Angleterre, en effet, Hulke en 1871 présenta un rapport à la « Pathological Society » dans lequel il constate que la structure intime du tissu morbide formant la base indurée de l'ulcère rongeant est constituée de cellules sans adjonctions de substance intercellulaire. Ces cellules sont petites et arrondies, et ressemblent beaucoup à celles que l'on trouve dans la couche malpighienne de l'épiderme. A la périphérie du bord induré et de la base, elles forment des cylindres et des masses en forme de bourgeons qui pénètrent dans les tissus sous-jacents à l'ulcère. »

En 1872 le Dr Collins Warren dans son « Boylston Prize Essay » confirme les observations de Thiersch et de Hulke et fit remarquer que dans des cas où le diagnostic d'ulcus rodens avait été posé on avait eu affaire à un néoplasme épithélial et il fit observer cependant que les cellules alors avaient des dimensions différentes de celles que l'on trouve dans les épithélioma caractéristiques.

Depuis l'apparition de ce travail toute divergence sur la nature histologique de l'ulcère rongeant cessa et sa nature épithéliale fut généralement adoptée.

Mais ici encore la réaction fut trop vive et au lieu de voir dans l'ulcus rodens une forme spéciale d'épithélioma, bien des observateurs cliniques et des anatomo pathologistes acceptèrent non seulement sa nature épithéliale, mais firent de l'épithélioma ordinaire et de l'ulcère rongeant une seule et même affection.

En 1878-79, Thin étudia deux cas d'ulcus rodens et trouva à l'examen histologique que la structure de l'ulcère rongeant est quelque peu différente de l'épithélioma ordinaire. Il considère en outre que l'ulcus rodens des Anglais est identique à l'épithélioma sudoripare des auteurs français.

Cette opinion émise en 1879 fut de nouveau confirmée dans le traité sur les affections cancéreuses de la peau qu'il fit paraître en 1886.

Vers la même époque les frères Fox étudièrent l'ulcère rongeant au point de vue de sa provenance et firent une communication à la « Société Pathologique » faisant naître l'ulcus rodens de la gaine externe des poils. Mais cette affirmation fut vivement combattue par Thin.

En 1881 Mathieu publia un rapport sur quatre cas d'Epithéliome bénin de la face, que l'on trouve dans les archives générales de médecine et sur lesquels nous reviendrons. F. T. Paul fit paraître dans le « *British Medical Journal* de 1885 » (1) un important travail sur la nature et les variétés d'ulcus rodens qu'il rencontra dans 22 cas.

« La structure est généralement tubulée souvent acineuse et

(1) tome I page 881

parfois intermédiaire aux deux types » — « Dans la variété acineuse les cellules sont disposées comme dans l'Épithélioma » — En un mot F. T. Paul reconnaît la nature épithéliale de l'ulcère rongeant.

G.B. Ferguson. Dans un rapport de l'hôpital S^t Bartholomew (1), traita de nouveau la question d'origine de l'ulcère rongeant.

En 1886, Thin confirma les premières idées qu'il avait émises sur la nature épithéliale de l'ulcus rodens et reconnaît de l'ulcus rodens dans l'épithélioma tubulé de Cornil et Ranvier.

Les auteurs français font remonter à Ledran la découverte de l'ulcus rodens. Nous n'avons pu trouver aucune indication sur ce sujet.

Boyer remarqua aussi les particularités de certaines tumeurs cancéreuses siégeant à la face; et Lebert ayant découvert des globes épidermiques dans ces lésions, les différencie des lésions du cancer (1837).

Plus tard beaucoup d'autres auteurs Mayor, Robert, Broca, Verneuil, Follin étudient successivement la question, mais n'insistent *malheureusement pas* sur la spécificité de l'ulcus rodens et ne le *différencient pas* des autres affections épithéliales siégeant à la face.

On peut trouver leurs travaux dans de nombreux mémoires et rapports qui figurent dans les archives générales de médecine, dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales et ailleurs.

Mais ce qui ressort de toutes les descriptions qui ont été données sur les cancroïdes et le cancer épithélial, c'est qu'aucun auteur ne se soit placé au point de vue des écrivains anglais et n'ait envisagé l'ulcère rongeant comme une entité morbide. Tous font

(1) Voir index.

entrer cette affection dans les cancers épithéliaux plus ou moins graves de la face.

A. Mathieu, seul peut-être, s'est rapproché de l'opinion des médecins anglais, dans les commentaires qui suivent les quatre cas d'épithélioma bénin de la face, publiés par lui dans les archives générales de médecine en 1881.

Il pense que l'ulcus rodens est loin d'être ce que Verneuil voulait en faire, un polyadénome sudoripare. En étudiant attentivement ce que l'on a écrit en France sur les tumeurs carcino-mateuses, ou épithéliomateuses, on ne peut s'empêcher de constater la confusion extrême et la multiplicité des termes qui leur ont été attribués. En se basant sur les définitions tirées tantôt de l'aspect et de la consistance des tissus morbides, tantôt de leurs caractères anatomiques, encore très obscurs, c'est ainsi que depuis Laënnec, les auteurs admirent deux formes de cancer, le squirrhe et l'encéphaloïde. Le terme cancer lui-même employé par beaucoup d'auteurs allemands, anglais et français à la place du terme carcinome ne représentait nullement une entité morbide nettement définie, mais bien s'attachait à certaines formes de tumeurs à marche croissante continue, offrant une structure très variée et caractérisée par une tendance à envahir tous les tissus de l'organisme.

Par suite toutes les tumeurs possédant ces particularités étaient indifféremment du cancer ou du carcinome, (Lücke, Thiersch, Waldeyer, Rindfleisch).

En France Cruveilhier crut avoir trouvé la caractéristique du cancer dans le suc cancéreux. L'on sait aujourd'hui ce qu'il faut admettre de cette spécificité.

Lebert, plus tard en fit de même pour l'élément cancéreux,

ou cellule cancéreuse dont il faisait une pathognomonie des affections malignes dites cancéreuses.

Après Cruveilhier et Lebert on décrivait une variété de cancer sous le nom de Cancroïde ou du « cancer Epithélial. »

Cette théorie de la cellule cancéreuse fut remplacée en France par celle de l'hétérologie, de l'hétérotopsie et de l'hétérochronie de Ch. Robin qui admettait que le cancer était un carcinome.

Sans entrer plus en avant dans ces considérations doctrinales, nous devons faire remarquer que l'on s'entendait si peu sur la terminologie de ces affections qu'il régnait une si grande confusion dans les esprits qu'on appelait indistinctement des cancers, des affections multiples qui présentaient quelque analogie avec ce processus morbide,

Si d'un côté quelques auteurs allemands Billroth, Lücke, Rindfleisch, tendaient de plus en plus à rapprocher l'épithélome du carcinome, les anciens auteurs français se sont efforcés de distinguer les uns des autres et de les décrire à part sous les noms d'hétéradenomes (Ch. Robin) de polyadinomes (Vernenil et Broca des altérations qui paraissent toutes se rapporter à des formes d'épithélioma. (Cornil Raunier).

Depuis les travaux de Terrier de Malasses l'on est singulièrement revenu sur ces différenciations.

En Angleterre notamment les deux expressions s'emploient tous les jours pour désigner des tumeurs d'essence épithéliale.

C'est ainsi que Thin appelle l'ulcus rodens, un carcinome de la peau; Butlin, un carcinome des glandes sébacées; Tilbury Colcott Sangster, Fox, Hume, T. Paul considèrent l'ulcus rodens comme un carcinome, mais n'y ont jamais attaché l'idée du cancer. Aujourd'hui l'on reconnaît que la nature du carcinome est simplement épithéliale et que les dénominations de squirrhé et d'en-

céphaloïde ne doivent se rattacher qu'à des tumeurs de forme et de consistance particulières.

La théorie de Virchow sur l'origine conjonctive du carcinome n'étant plus admise, sont considérés comme des tumeurs les carcinomes épithéliales siégeant dans les viscères ou ailleurs.

Le cancer est au contraire une expression purement clinique, synonyme de tumeur maligne, désignant une affection envahissante, récidivant après ablation en place ou à distance, se généralisant dans les ganglions lymphatiques et tuant le malade par cachexie.

Toutes les discussions, qui eurent lieu sur la nature de l'ulcus rodens, nous paraissent être dûes à une confusion entre ces deux termes.

En effet l'ulcus rodens, au point de vue anatomique, ne saurait être distingué des épithéliomes mais, au point de vue clinique, ne saurait être assimilé au cancer.

L'ulcus rodens est donc un épithélioma et ceci est indiscutable.

A quel genre d'épithéliome appartient-il ? Laquelle des trois espèces de cellules épithéliales, celles de la couche de Malpighi, celles de la gaine externe des poils ou celles des glandes, lui donne naissance ? Quelle est la cause primitive de l'hyperplasie des éléments épithéliaux ? Les connaissances actuelles ne permettent pas de résoudre ces problèmes, aussi ne ferons-nous que donner les raisons qui militent en faveur de telle ou telle opinion lorsque nous traiterons les chapitres auxquels ces questions se rattachent.

Nous ne pouvons enfin terminer l'histoire de l'ulcus rodens sans citer les débats mémorables qui eurent lieu à l'Académie de médecine entre Velpeau et Verneuil, Follin et les autres partisans de la spécificité des éléments du cancer et dans lesquels il ne fut que trop peu question de la nature de l'ulcère rongeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Epithelioma de la face*. — Observation recueillie par M. P. CHABRELY, interne des hôpitaux.

Mme C... 80 ans, cultivatrice, est placée dans le service de M. le professeur agrégé W. Dubrenilh à l'hôpital Pellegrin.

Les renseignements venus de la malade, aujourd'hui sourde et aveugle, sont nuls. On se borne à savoir qu'elle reçoit les visites de sa sœur atteinte d'une affection grave de l'utérus (epithelioma ?)

On sait peu de chose sur les antécédents personnels. Les débuts de la tumeur remontent à quinze années, époque à laquelle s'est montrée une sorte de bouton verruqueux, situé dans le voisinage du grand angle de l'œil gauche, à la racine du nez.

Aucune opération n'étant intervenue, la tumeur, couverte de topiques insignifiants, s'est développée sans obstacles, et, le bouton initial s'est converti en une ulcération toujours grandissante, qui a gagné petit à petit la presque totalité de la face.

Actuellement les pertes de substance sont énormes. Il ne reste presque plus de téguments sains sur la face et les os eux-mêmes ont été en grande partie éliminés.

Avant de commencer l'énumération de ces lésions multiples qui, faite du vivant de la malade, a été complétée après la mort, nous exposerons brièvement les symptômes présentés par cette femme.

Symptômes. — Malgré l'étendue de ces lésions, malgré les difficultés croissantes de la mastication, cette femme, sans doute très émaciée, ne présentait ni aspect cachectique très accusé, ni teinte jaune paille des membres et du tronc. Jusqu'à ces derniers temps l'appétit était resté normal.

On ne trouvait trace d'aucun ganglion dans la région cervicale.

L'ulcération rosée et facilement saignotante offrait des bords coupés à pic, à peine saillants et légèrement indurés.

Des hémorrhagies, généralement peu abondantes et bientôt arrêtées par des applications de perchlorure de fer, se produisaient de temps à autre.

Des douleurs très vives, spontanées ou provoquées par le pansement, survenaient très fréquemment et tourmentaient la malade.

La vue s'était perdue peu à peu et depuis 2 mois cette femme était devenue sourde. Enfin les 24 derniers jours de sa vie, il lui devint impossible de s'alimenter seule, elle refusa l'emploi de la sonde, et succomba aux progrès de l' inanition.

Description des lésions. — Les limites approximatives de la tumeur sont les suivantes: une ligne verticale peut être tirée du milieu du sourcil droit jusqu'à la commissure labiale droite, ligne faisant un crochet en son milieu où se trouve compris un vestige du nez de la grosseur d'un haricot. Une 2^{me} ligne verticale, parallèle à la première, part du milieu de la fosse temporale gauche, décrit d'abord quelques sinuosités, passe à 2 centimètres en avant du tragus, suit le bord postérieur du maxillaire inférieur gauche et s'arrête à un centimètre de l'angle de la mâchoire correspondante.

Ces deux lignes verticales sont rejointes par deux lignes horizontales, partant, la première, du milieu de la paupière supérieure droite faisant une large encoche au milieu du front et se rendant à la queue du sourcil gauche; la seconde, allant de l'angle postér. du maxil. inférieur gauche, enlevant le 1/3 gauche de la *lèvre inférieure* puis finissant à la commissure labiale droite, en un point qui représente l'extrémité droite de la *lèvre supérieure* complètement détruite.

Après cette description générale, nous pouvons entrer dans une description plus précise et plus complète de la lésion.

Si nous considérons la moitié droite de la face, (la moitié la moins atteinte puisqu'il en reste environ le tiers), nous voyons, en partant de la commissure labiale droite, la ligne, formée par le contour de l'ulcération, remonter en haut et en dedans jusqu'à l'aile du nez dont il reste encore une parcelle reconnaissable. Puis cette ligne remonte à nouveau vers la partie moyenne de la paupière *inférieure* droite vers la partie moyenne également de la paupière *supérieure*, enfin vers le tiers externe de l'arcade sourcilière. De là, le contour suit la tubérosité

nasale, fait une grande encoche au milieu du front, et gagne l'arcade sourcilière gauche. Au niveau de cette échancrure du frontal, il existe une surface dépressible formée, comme l'ouverture du crâne l'a démontré, par la dure-mère dénudée dans une surface quadrilatère de 2 centimètres de largeur transversale et de 3 centimètres de hauteur. Une autre perforation du frontal s'étend transversalement de l'extrémité supérieure de la lésion précédente et se dirige vers l'apophyse orbitaire externe en suivant l'arcade sourcilière ou en passant un peu au dessous. L'apophyse crista galli est détruite. En tous ces points, la dure mère dénudée est végétante et recouverte de quelques grumeaux de pus.

Continuant à suivre le contour de l'ulcération à partir de l'apophyse orbitaire externe gauche, nous la voyons se porter vers le tragus et devenir sinueuse en ce point, puis passer à 2 centimètres en avant du tragus et descendre verticalement vers l'angle de la mâchoire inférieure, suivre le bord antérieur du maxillaire inférieur, puis le bord inférieur de cet os qu'elle cotoye à 1 centimètre $1/2$, pour remonter vers le bord libre de la lèvre inférieure qu'elle atteint en son tiers gauche.

La bouche est béante et l'on découvre la base de langue et le plancher qui sont sains.

Comme il a été dit plus haut, les os de la face se sont en partie détachés et la plupart des cavités qu'ils circonscrivent sont ouvertes.

C'est ainsi que l'arcade zygomatique gauche fait saillie dans la fosse temporale, que l'os malaire correspondant est détruit, tandis que le droit subsiste mais n'est plus revêtu par la peau.

Tout le pourtour de l'orbite gauche est détruit, il en est de même de la partie interne de l'orbite droit. L'œil gauche est complètement dénudé, diminué de volume et opaque; l'œil droit est dénudé dans sa partie interne, la cornée est opaque et atteinte d'hypopion.

Au dessous des yeux et sur la partie médiane de la face on trouve creusée aux dépens du frontal et des os propres du nez, une vaste cavité atteignant une profondeur de un centimètre.

Le maxillaire supérieur droit est entièrement privé des téguments sains, le maxillaire supérieur gauche ne subsiste plus qu'à l'état de fragments peu distincts. La paroi externe de cet os est conservée et forme une lame saillante; la cavité du sinus est à jour; l'arcade den-

taire supérieure est enlevée depuis la dernière molaire gauche jusqu'à la canine droite.

Les fosses nasales, encore séparées par la cloison à bord tranchant, laissent voir de chaque côté les cornets qui n'offrent pas d'altération macroscopique.

Enfin le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur est dépouillé de peau saine.

D'ailleurs, sur toute cette étendue, les os ne sont nulle part complètement mis à nu et quoique par places il sonnent sous le stylet, ils sont presque partout recouverts d'une membrane granuleuse, parfois très mince. Ils ne présentent en aucun point la friabilité de la carie et cependant, en mains endroits, on voit un processus de destruction osseuse.

A l'ouverture du crâne, on voit que les perforations décrites plus haut, offrent des bords déchiquetés et que, vers l'apophyse orbitaire externe droite, le frontal est mou et se laisse couper. Les cellules antérieures de l'ethmoïde sont ouvertes; la plus grande partie de la lame criblée existe encore. Il n'y avait pas de tendance au bourgeonnement intracranien.

Le cerveau présente un peu d'œdème des meninges qui sont opalines et un peu épaissies à la convexité. L'aqueduc de Sylvius est dilaté ainsi que les ventricules qui contiennent une quantité assez notable de liquide clair. Les meninges, la pie-mère, se détachent facilement; il n'y a pas de lésions apparentes des circonvolutions; enfin les artères ne sont pas athéromateuses. Il n'y a pas d'autres lésions de l'encéphale.

Examen des autres organes.

Les 2 tympans sont perforés et l'oreille moyenne remplie de pus de chaque côté.

Les poumons, très emphysémateux, présentent quelques adhérences aux deux sommets. Le gauche offre dans son lobe supérieur, près du sommet, fortement emphysémateux, une tumeur dure grosse comme une noix, irrégulière, au niveau de laquelle la surface du poumon est retractée comme par une cicatrice. A la coupe apparaît une masse fibreuse, noire, criblée de points blanchâtres qui paraissent être des tubercules. En effet quelques-uns d'entre eux sont transformés en cavernules pleines de pus et de la grosseur d'un pois.

L'estomac est dilaté malgré un jeûne de 24 jours. Cela tient sans doute

aux boissons gazeuses (eau de Seltz et limonade) dont la malade n'a cessé de faire usage pendant toute cette période, son régime étant réduit à quelques verres de café ou de lait.

Par contre les intestins sont très-retractés surtout le colon descendant qui est de la grosseur du doigt.

Le cœur, de volume normal, présente une mitrale un peu athéromateuse mais suffisante avec une aorte un peu dilatée.

Le foie est normal.

La rate très petite.

Le rein très petit pâle avec quelques petits kystes dans la substance médulam. La substance corticale est réduite à 1/2 millimètre. Il existe beaucoup de graisse autour du bassin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Examen microscopique de la tumeur dans son ensemble.*

Examen microscopique de la tumeur dans son ensemble.

La tumeur est constituée par des cellules extrêmement petites, qui sur les coupes durcies à l'alcool sont assez confuses et forment des amas très vivement colorés surtout à la périphérie, de formes éminemment variables ; ces amas sont généralement petits, mais on en trouve qui contiennent un très grand nombre de cellules.

Les plus gros, mis à un faible grossissement, n'occupent jamais qu'un champ restreint du microscope. Leurs formes échappent à toute description, les uns sont arrondis, les autres sont allongés en tuyaux ; la plupart irréguliers émettent des prolongements monstres ou anguleux dans tous les sens.

Parfois ils sont disposés en forme de grappes et simulent alors une glande. Très rarement ils forment des anneaux entourant un îlot de tissu conjonctif.

Ces amas cellulaires sont plongés dans un tissu conjonctif beaucoup plus abondant que le tissu épithéliomateux, nettement fibrillaire, médiocrement riche en cellules, de sorte que sur les coupes colorées, les lobules épithéliaux se détachent très nettement sur le tissu conjonctif plus pâle

et cela d'autant plus que les amas épithéliaux sont plus colorés à la périphérie.

Ces nodules sont constitués par des cellules épithéliales très petites avec peu de protoplasma et un noyau relativement très volumineux.

Sur les coupes durcies à l'alcool on ne peut distinguer le pourtour des cellules et les noyaux semblent plongés dans une masse parfaitement homogène. On ne distingue pas notamment de filament d'union.

Mais en revanche sur les pièces durcies par l'acide osmique on peut distinguer les cellules limitées par un trait extrêmement fin.

A la partie centrale des nodules les cellules n'ont aucune disposition spéciale, sont irrégulièrement placées, tandis qu'au contraire les cellules périphériques affectent nettement la disposition en *palissade*, comme un épithélium cylindrique. Cette rangée paraît limitée extérieurement par un plateau très étroit.

En quelques points ces amas épithéliaux paraissent déchiquetés, et cet aspect est dû à la formation dans leur intérieur d'une foule de vacuoles classées et transparentes. Ces espaces clairs sont formés par le développement dans la cellule, autour du noyau, de très petites vacuoles sans réfringence spéciale, qui croissant et se multipliant font disparaître la cellule, sinon dans sa totalité, du moins en partie. Elles ne laissent persister qu'un vestige du noyau placé au centre d'un espace plus grand que celui qu'occupait primitivement la cellule.

Il pouvait s'agir là d'une dégénérescence cellulaire spéciale, car nulle part l'on ne trouve de traces d'éléidine, ou même un vestige de « globe épidermique ».

La surface de l'ulcère est formée par tous les tissus qui composent le néoplasme ; parmi eux prédomine le tissu conjonctif abrasé et superficiellement dégénéré.

Le bord de l'ulcère cutané est formé par l'épiderme réfléchi par dessous de telle sorte que sur la coupe il présente l'aspect d'un promontoire surplombant la surface ulcérée. Cette espèce de promontoire dermo-épidermique est ce qui constitue le « *Rolled over edge* » des descriptions anglaises. Le néoplasme du reste pénètre très peu au dessous de la peau saine qu'il a peu de tendance à suivre.

Sous la muqueuse, il ne paraît pas se faire un bourrelet autour de l'ul-

cère. Dans les membranes fibreuses, ainsi que le montre une coupe de dure-mère, les nids épithéliaux sont effilés comme étirés dans le sens de l'orientation des fibres.

Sur des coupes d'os atteints par le néoplasme, l'envahissement de ces organes se fait comme d'habitude, i. e. que l'os est rongé dans tous les sens par des bourgeons épithéliaux non pas directement, mais par l'intermédiaire d'une mince couche de tissu embryonnaire quelques fois assez mince pour être difficilement appréciable.

Le tissu épithélial nouveau, dans l'os, présente quelques particularités que l'on ne retrouve pas ailleurs, c'est ainsi que l'on y rencontre indépendamment des éléments normaux, quelques ébauches de globules épidermiques et parfois même des cellules géantes.

OBSERVATION II. Salle n° 17, lit n° 21. Le sieur F. né à St-Magne (Gironde) âgé de 37 ans, cultivateur.

Antécédents héréditaires. Père mort à 45 ans d'une fluxion de poitrine, mère âgée de 62 ans, toujours en bonne santé. — Deux frères dont l'un est mort très probablement d'une affection pulmonaire aiguë, — l'autre jouit d'une bonne santé.

Antécédents personnels. Rien de particulier à signaler dans son enfance; — 3 ans de service militaire en Afrique; ni syphilis, ni alcoolisme, ni tuberculose. Santé excellente jusqu'en 1886. Il y a dix ans et demi, il observa de la rougeur sur la paupière inférieure gauche; puis il vit apparaître à ce niveau un petit bouton d'abord gros comme une tête d'épingle mais qui augmenta de volume assez rapidement. Lorsque ce bouton eut atteint la grosseur d'œuf de poule, il s'ouvrit et il s'en écoula une certaine quantité de liquide sanieux.

Il survint un second bouton à côté du premier, il évolua de la même façon et entraîna la perte de l'œil gauche. C'est ainsi que peu à peu s'est étendue la lésion limitée d'abord au premier bouton de la paupière inférieure gauche. En même temps le malade éprouvait au niveau de son mal, et dans tout ce côté de la face des douleurs lancinantes très violentes. Souffrant également des dents de ce même côté il fut obligé de s'en faire arracher deux.

C'est alors que voyant son état s'aggraver de jour en jour, il entre à l'hôpital St-André, salle 17, lit n° 24.

Etat actuel. Au premier aspect on voit une vaste ulcération ayant envahi plus de la moitié de la face et notamment toute la joue gauche. L'œil gauche n'existe plus, il est remplacé par une masse de bourgeons charnus blanchâtres. Le nez est affaissé à sa racine; les os propres du nez sont envahis et détruits en partie. L'œil droit est recouvert complètement par la paupière supérieure rouge et très gonflée; le malade est dans l'impossibilité absolue de l'ouvrir.

Au niveau de la région orbitaire externe droite, on voit une ulcération formée par des bourgeons charnus faisant saillie à l'extérieur, aspect de choux-fleur. Enfin, dans la bouche, au niveau du point où ont été arrachées les deux dents, on constate une ulcération présentant les mêmes caractères.

Sur toute leur surface, ces ulcérations sont d'un rouge grisâtre, le fond est rempli par des bourgeons charnus, fongueux, saignant au moindre contact, et laissant écouler un ichor fétide.

L'examen attentif des régions cervicale et sous maxillaire est *négatif au point de vue de l'envahissement ganglionnaire.*

Le malade a maigri depuis le début, de son affection, mais néanmoins son état général est encore assez bon. Son appétit diminue surtout depuis quelques mois.

Outre les troubles fonctionnels (perte de la vue, et diminution de l'olfaction) le malade éprouve des douleurs, mais elles sont beaucoup moins violentes qu'au début de son affection.

Rien d'anormal du côté des appareils circulatoire, respiratoire, génito-urinaire.

On ne trouve sur aucune des parties du corps, ni dans aucun de ses organes, d'affection semblable.

Traitement. Pansement antiseptique de Lister.

Exeat le 29 janvier 1889. A sa sortie le malade croit que son état s'est amélioré pendant son séjour à l'hôpital, mais il n'en est rien; le processus morbide n'a pas cessé de s'étendre de proche en proche.

7 juillet 89. Les lésions se sont considérablement aggravées. La peau du nez et de la paupière supérieure droite est enlevée par une masse

bourgeonnante qui déborde de tous côtés surtout en dehors sous forme de gros champignons roses, assez durs, à surface lisse suanitante et un peu saignante.

La peau du nez existe encore mais affaissée, étalée, rejetée à droite sillonnée de grosses veines bleuâtres.

Le côté gauche du nez est détruit et sur le lobule du même côté on voit un champignon du volume d'une noix. A la place de l'œil gauche et de la racine du nez, on trouve une vaste excavation. Cette excavation représente l'orbite et les fosses nasales ; ses parois sont anfractueuses, tapissées d'un tissu finement granuleux, rose, suppurant avec une médiocre abondance saignant assez facilement.

La boîte crânienne est probablement ouverte quoiqu'on n'en trouve pas la preuve.

Le sinus maxillaire gauche l'est également.

La lèvre supérieure est respectée ainsi que la voûte palatine et les arcades dentaires. Le voile du palais n'est pas atteint. L'œil gauche est complètement détruit il n'en reste qu'une tache blanche caractérisée par une suppuration plus abondante en ce point qu'ailleurs.

A la limite de l'ulcération, principalement sur le front où elle est très nette, la peau est simplement entaillée sans saillies ou bourrelet d'aucune sorte.

On peut y découvrir une très mince induration formant comme un liseré qui n'a pas un millimètre d'épaisseur et cela même n'est pas constant, car il y a des points où il n'existe aucune induration appréciable.

Sur la joue gauche en dehors des limites de l'ulcération on trouve deux points où la peau présente une perforation d'un centimètre de diamètre, perforation nette, circulaire, taillée à l'emporte pièce sans induration ni saillies des bords et rempli de végétations épithéliales.

Sur le lobe frontal gauche se trouve une saillie de la largeur de 3 à 4 centimètres dépressible, rémittente sans fluctuation, sans modification d'aspect de la peau et qui est probablement due à une masse néoplasmique sous les téguments.

En divers points la peau au voisinage de l'ulcération est sillonnée de grosses veines variqueuses superficielles.

Pas de douleurs vives. *Pas de ganglions.*

1^{er} septembre 1889. Les lésions ne sont pas beaucoup étendues en surface, elles vont d'un angle externe de l'orbite à l'autre gagnant en haut la partie moyenne du front; en bas elles ne dépassent pas la limite du nez.

Un gros champignon de six centimètres de diamètre sort de l'angle externe de l'œil droit; on y voit encore quelques traces de la paupière et des sourcils, mais l'œil est entièrement détruit; ce qui reste de paupière est soulevé par des bourgeonnements.

Un autre champignon du volume d'une noix fait saillie du côté gauche des narines.

Du nez il ne reste qu'un lambeau de peau de 5 centimètres de long sillonné de grosses veines et soulevé par des masses bourgeonnantes. Dans la région de l'orbite gauche il n'y a pas de bourgeonnement, mais seulement une vaste cavité.

Au pourtour de l'ulcération la peau est taillée à pic sans aucun épaississement, sans aucun rebord saillant ou induré.

Les lèvres ne sont pas atteintes. Une partie de l'arcade dentaire en haut et à gauche est ulcérée et détruite sur une longueur de 0,04 centimètres. Pas de ganglions. Les lésions sont le siège de démangeaisons plus vives le jour que la nuit.

Le pansement lui procure un peu de soulagement.

Les bourgeons sont roses, fermes, à surface granitée.

Les parties creusées de l'ulcère, surtout de l'orbite gauche, sont couvertes par places d'un enduit jaunâtre.

L'ulcère laisse suinter une petite quantité de sérosité quelquefois sanguinolente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, — Un fragment excisé au milieu des régions ulcérées, durci à l'alcool et coloré par la picro-carmin montre des végétations épithéliales vivement colorées, noyées dans un tissu conjonctif fibrillaire plus pâle. Ces végétations sont remarquables par leurs grandes dimensions et leurs formes extrêmement compliquées. Elles forment dans tous les sens des ramifications et des prolongements qui cependant s'anastomosent rarement. Elles sont formées de cellules très petites, très indistinctes. A la périphérie ces cellules sont cylindriques, disposées perpendiculairement aux fibres conjonctives

du pourtour et simulent un revêtement en *palissade* qui dans les plus grosses végétations comporte plusieurs rangs de cellules,

Les plus petites de ces végétations sont pleines, massives ; mais les plus volumineuses sont creusées de cavités très larges, uniloculaires à parois lisses formées par des cellules aplaties et non en *palissade* et simulent de véritables kystes. Ces cavités paraissent cependant dues à une dégénérescence des cellules épithéliales dont on retrouve souvent les débris, représentés par des noyaux ratatinés qui se trouvent en grand nombre dans leur sein.

Il n'y a pas de globes épidermiques. Sur les préparations fixées par l'acide osmique et colorées par l'hématoxyline acide d'Ehrlich on distingue surtout à la périphérie le contour des cellules, et on y trouve aussi de petits corpuscules, arrondis, très colorés, granuleux, entourés d'une membrane claire très nette qui paraissent être des coccidies de très petites dimensions. Leur volume est à peu près le même que celui des cellules du néoplasme. Leur situation intra-cellulaire est difficile à constater vu le peu de netteté des cellules, mais on les voit souvent coiffés par un noyau aplati en croissant.

Ces corpuscules sont dissiménés dans toutes les parties du nodule et ne paraissent pas plus abondants vers le centre, au voisinage des lésions dégénératrices.

OBSERVATION III

Mme P. de La Roquebrune (Cantal)

Il y a six ans est apparue sur le bord de la paupière supérieure, un peu en dedans de la commissure droite, une écorchure.

Cette ulcération est le siège d'un prurit intermittent, mais parfois très vif qui la pousse à se gratter violemment. Depuis cette époque l'ulcère à constamment gagné.

Actuellement elle s'étend presque de la commissure labiale droite à l'aile du nez; offrant 3 centimètres de hauteur verticale et 2 centimètres de largeur. L'ulcération est divisée en deux parties par un point de tissu cicatriciel, et chacune des deux parties est du volume d'un haricot.

Les ulcérations et la cicatrice reposent sur une base mince, nettement indurée, mais peu profondément.

Les ulcérations ont des bords saillants en talus très rapides; le pied est jaunâtre, mamelonné, secrétant très peu, de sorte qu'elles sont généralement couvertes d'une croûte.

Tout le pourtour est entouré d'un rebord rougeâtre, induré, un peu saillant, couvert d'épiderme mince de 1 à 2 millimètres de large.

Pas de douleur. Seulement un peu de prurit.

Raclage de l'ulcération supérieure.

Examen Microscopique. 26 juin 1892.

Il n'a été possible d'examiner que des débris du raclage. Cependant sur quelques fragments on peut reconnaître la structure ordinaire de l'ulcus rodens caractérisée par des amas épithéliaux très petits et extrêmement tourmentés, tranchant par leur coloration vive sur le tissu conjonctif fibrillaire.

Les cellules très petites et très indistinctes sont à la périphérie à peu près cylindriques et affectent la disposition en palissade.

On ne trouve nulle part de globes épidermiques cornés; mais des débris cellulaires creusés parfois au centre de vacuoles claires, transparentes, plus ou moins grandes.

Le tissu conjonctif est notablement en plus grande abondance que les masses épithéliales.

OBSERVATION IV.

Epithélioma.

19 janvier 1892. R. 56 ans. charpentier, domicilié à Paillet (Gironde) présente un épithélioma de l'angle de l'œil, et joue gauche, lobule du nez, début de la maladie, 18 mois.

Ulcération régulière à bords assez creux. Traitement, raclage.

26 janvier 1892. Amélioration. Emplâtre de Vigo.

2 février 1892. La cicatrisation se fait rapidement.

5 avril 1892. Guérison; cicatrice saine.

L'examen microscopique de morceaux enlevés par raclage montre un épithélioma formé de petites cellules très serrées, cylindriques *en palissade* à la périphérie, ces lobules tranchent vivement par leur coloration sur le stroma assez pâle. *Pas de globes épidermiques cornés, mais quelques vacuoles.*

OBSERVATION V.

Observation prise dans les bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, t. X, 1889. Séance du 2 décembre 1889.

Ulcus Rodens. M. WILLIAM DUBREUILH.

M^{me} C... âgée de cinquante et un an, ouvrière, s'est présentée à ma consultation le 16 octobre 1888 pour une lésion ulcéreuse occupant le grand angle de l'œil gauche et la racine du nez du même côté.

Elle raconte qu'elle a toujours joui d'une bonne santé, sauf des accidents strumeux dans son enfance, adénites, croûtes dans les cheveux, aux lèvres et au nez. Il y a cinq ans, elle a eu un plegmon du côté droit du cou qui a laissé un gros ganglion dur. Elle n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. Il y a dix ans qu'il a paru une petite croûte à l'angle interne de l'œil gauche. Il y a six ans, elle a pris un peu plus d'extension; un médecin a appliqué une pommade et fait des cautérisations au nitrate d'argent qui ont amené une cicatrisation à peu près complète.

Deux ans après la maladie récidivait dans la cicatrice et depuis six mois il est survenu sur le côté gauche du nez un petit bouton croûteux identique à celui qui, au début, constituait la lésion principale.

Le 16 octobre 1888, on trouve à l'angle interne de l'œil gauche et sur la partie du nez avoisinante une plaque rouge infiltrée et mal délimitée de la grandeur d'une pièce d'un franc; à l'angle de l'œil est une croûte de la grandeur d'un petit haricot sous laquelle on trouve une ulcération à bords taillés à pic, ni saillants, ni indurés, mais cependant un peu infiltrés, à fond mamelonné rougeâtre non douloureux.

La paupière inférieure est notablement en ectropion par rétraction cicatricielle des lésions anciennes et la tuméfaction des lésions présentes. Sur le lobule du nez du même côté est une petite plaque lenticulaire infiltrée, recouverte d'une croûte squammeuse mais sans ulcération réelle.

Pas de ganglions du côté gauche du cou; à droite un gros ganglion dur datant du plegmon qu'elle a eu il y a cinq ans dans cette région. Le diagnostic pouvait hésiter entre une lésion syphilitique tertiaire, un lupus tuberculeux et un épithélioma. Dans la première hypothèse la malade est soumise au traitement antisiphilitique mixte, qui n'amène qu'une très légère modification, en ce sens que l'ulcération pansée à l'emplâtre de Vigo se déterge et diminue un peu d'étendue et que le gonflement des régions voisines diminue un peu; mais au bout de quelques jours les lésions restent stationnaires.

En novembre les lésions sont raclées avec la curette tranchante et cautérisées avec l'acide acétique. La cicatrisation se fait rapidement, il reste une cicatrice plane.

En janvier 1889, il persiste encore une très petite croûte à l'angle interne de l'œil. L'ulcération sous jacente est curettée.

En mars il n'y a plus d'ulcération mais seulement un peu de dacryocystite et un peu d'ectropion de la paupière inférieure moins prononcé cependant qu'autrefois.

En juillet nouvelle récurrence de petites ulcérations à la commissure palpébrale et à la racine du nez. Raclage suivi de cautérisation.

Les fragments enlevés à cette époque, examinés au microscope ont montré la structure typique de l'ulcus rodens.

Le 30 novembre 1889 Mme C..., revient me voir, une nouvelle récurrence est survenue. La peau un peu cicatricielle qui couvre le côté gauche de la racine du nez présente une petite croûte suspecte de la grosseur d'un grain de chènevis. L'angle interne de l'œil est occupé par une ulcération de la grandeur d'une grosse lentille, occupant à la fois la peau et la muqueuse et présentant du côté de la peau un bord taillé à pic non saillant infiltré mais sans induration notable. Les deux points lacrymaux sont détruits.

On trouve sur le bord sterno-mastoïdien gauche un petit ganglion.

Ma présentation a un double but : je désire appeler l'attention de la Société sur une forme spéciale de cancer épithélial de la face, caractérisée, cliniquement par son début presque constant au grand angle de l'œil, par sa marche lente, et progressivement envahissante, sa forme purement ulcéreuse, sans tumeur et sa superficialité, n'atteignant les os que tardivement et de la surface vers la profondeur, par l'absence complète de toute généralisation ganglionnaire ou autre. Au point de vue anatomique c'est un épithélioma lobulé rarement tubulé, à très petites cellules, serrées, impossibles à distinguer, ne formant jamais de « globes épidermiques ». On y trouve, mais en très petit nombre, des corps qui paraissent être des psorospermies et qui en tout cas ressemblent beaucoup à ceux qui ont été décrits et figurés par Darier. Voici des notes complémentaires prises à la Policlinique de Bordeaux. 19 Avril 1890.

Mme C... revient. L'œil un peu déformé. Ectropion léger. La région est un peu rouge, la paupière inférieure un peu tuméfiée et œdématisée.

Sur le côté gauche du nez en plein tissu cicatriciel, une petite croûte récente du volume d'un grain de blé.

Application d'acide acétique 1/2.

12 juillet. Il persiste toujours une petite croûte sur le côté droit du nez, cette croûte disparaît par la curette et l'emploi de l'acide acétique. mais elle récidive après.

Pas d'induration.

On continue le traitement de l'acide acétique.

27 juin 1892. EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Sur les coupes de raclage inclus dans la paraffine et coloré au picro carmin après durcissement dans l'alcool, la tumeur se présente sous forme de masse ou de cylindres

épithéliaux, ces derniers extrêmement ramifiés, anastomosés les uns avec les autres, peu volumineux pour la plupart, qui sont constitués par des cellules extrêmement petites, sans membrane, d'enveloppe visible à noyaux vivement colorés, dissiminées, à l'intérieur, au contraire disposées régulièrement à la périphérie où elles sont plus volumineuses cylindriques, elles sont là rangées en forme de *Palissade* caractéristique.

On trouve encore au milieu des masses épithéliales plus ou moins régulièrement circulaires, des espaces blancs, de grandeurs différentes transparents, dans lesquelles se voient des débris cellulaires, tels que noyaux ratatinés, déchiquetés et fragmentés. Au milieu des renflements épithéliaux ces espaces peuvent acquérir de très grandes dimensions, celle de tout un groupe de cellules, au centre de ces vacuoles l'on perçoit des cellules en voie de dégénérescence, depuis celles dont les tubes semblent déchiquetés et les noyaux petits et ratatinés, jusqu'à celles dont il ne reste que des lambeaux de corps et des noyaux fragmentés. A un grossissement plus fort ces vacuoles paraissent constituées par des vésicules plus petites qui ne sont que la trace de cellules complètement dégénérées, elles sont claires, transparentes, mais non réfringentes.

Ces amas de débris cellulaires se rencontrent encore en dehors de ces vacuoles ; alors à leur pourtour les cellules paraissent groupées en tourbillon, mais sans imbrication et sans kératinisation. On ne trouve nulle part les globes épidermiques cornés de couleur jaune pâle, et pas trace d'éléidine.

Sur d'autres coupes colorées par l'hématoxyline, acide d'Erlich on perçoit plus nettement encore cette disposition en *palissade* des cellules marginales, couche légère qui tranche vivement par sa coloration foncée sur le tissu conjonctif plus pâle.

On retrouve encore ces vacuoles et ces « pseudo-perles » mais pas trace de globes cornés.

On peut suivre encore sur ces coupes les différents stades de dégénérescence cellulaire et la formation des vacuoles.

Dans quelques-uns des bourgeons, les vacuoles sont en si grand nombre qu'elles donnent à ces masses un aspect caverneux.

Les cellules de la périphérie plus volumineuses, allongées, analogues à celles de la couche malpighienne sont finement granuleuses, à noyaux uniques, et séparées les unes des autres par un très petit espace clair.

Enfin il est absolument impossible de décrire la forme des amas cellulaires, leur diversité échappe à toute description, l'irrégularité, la bizarrerie, la diversité des prolongements cylindriques donnent à la pièce un aspect particulier. Quant aux nodules épithéliales elles sont peu volumineuses en général, et sont plus ou moins régulièrement circulaires, ovalaires ou ellipsoïdes. Pas de globes cornés, pas d'éléidine.

OBSERVATION VI.

Communiquée par M. W. DUBREUILH.

M^{me} X. âgée de 61 ans.

La lésion a débuté depuis 3 ou 4 ans sur l'aile droite du nez sous forme d'une petite croûte, puis elle a grandi très lentement et ce n'est que depuis quatre mois qu'elle a pris une marche plus rapide, qu'elle s'est étendue et a amené la destruction des tissus.

Habituellement couverte de croûtes, la surface s'est détergée et dans une certaine mesure s'est épidermée depuis quelques jours sous l'influence d'un traitement consistant en iodure de potassium et mercure intus pommade rouge de Vidal extra.

17 déc. 91. La lésion forme une plaque qui occupe tout le côté droit du nez s'étendant en haut jusqu'à un centimètre de l'angle interne de l'œil, à droite s'étendant un peu sur la joue, en bas atteignant à peine la lèvre supérieure, à gauche la lésion dépasse largement la ligne médiane, à sa partie inférieure elle recouvre tout le lobule du nez et s'étend à l'aile gauche et à la sous cloison dont elle atteint un peu le côté gauche.

L'aile droite du nez est complètement détruite mettant à découvert la face droite de la cloison des narines, qui paraît saine. Le lobule du nez est aminci, tiré et déformé.

Cette plaque est nettement limitée par un rebord irrégulier, rougeâtre, saillant, très dur, recouvert d'épiderme mince en général, ce rebord s'élève

brusquement de la peau saine ; cependant à gauche et en haut il est entouré d'une légère zone érythémateuse.

La surface est presque partout épidermée elle est déprimée, au-dessous de la peau saine et comme atrophique, cette surface est rougeâtre, on y trouve de petites cicatrices et ailleurs de petites plaques ou des bandes de 3 à 4 millimètres de large ou des nodules du volume d'un grain de chènevis, à un pois, saillants, rouge-jaunâtres avec un éclat perlé, extrêmement durs à la palpation.

Toute cette surface de la plaque est tendue, tirée, comme collée aux tissus sous-jacents.

Il est impossible de savoir dans quelle mesure la lésion remonte dans des fosses nazales, le long de la paroi droite.

Diagnostic. *Ulcus Rodens* fondé sur :

- 1^o Le siège de la lésion.
- 2^o L'âge de la maladie.
- 3^o Le peu de modification par traitement spécifique.
- 4^o La couleur, l'éclat et la dureté des nodules et du bord.
- 5^o La marche lente et plutôt destructive qu'ulcéreuse et enfin l'absence de tout retentissement ganglionnaire.

Plus tard, l'ulcération détruit l'aile du nez et presque la moitié de ce côté du nez mettant à jour la face droite de la cloison, des fosses nasales, la sous-cloison, elle, entame le lobule. Elle a détruit la plus grande partie de la moitié droite de la lèvre supérieure et la moitié droite de la partie antérieure de l'arcade dentaire supérieure et de la voûte palatine.

Dans toute cette paroi tous les tissus sont détruits de la même façon, ils sont abrasés ensemble, coupés au même niveau comme avec une curette tranchante ou comme si on y avait promené une fraise de dentiste dans la région.

La peau, la muqueuse, le cartilage et les os sont rongés au même niveau.

La surface ulcérée est lisse, luisante, presque sèche, sans suintement ou fongosités d'aucune sorte.

Dans la plupart des points, la peau ou la muqueuse, coupées au niveau de l'os ou du cartilage ne présente au bord de l'ulcération ni épaissement ni induration d'aucune sorte.

Au lobule du nez le bord de la lésion est formé par du tissu de cica-

trice. A la lèvre et surtout à droite où il ne reste de la lèvre supérieure qu'un lambeau de 1 centimètre de long le bord de la perte de substance est induré et présente un nodule du volume d'un grain de chènevis, rougeâtre, dur avec la 1/2 transparence perlée de l'épithélioma. Ce n'est guère qu'en ce point qu'on trouve la moindre trace de néoplasme partout ailleurs les tissus sont détruits purement et simplement, on ne voit aucun tissu morbide.

Il est à déplorer qu'on n'ait pu faire l'examen histologique de cette lésion.

OBSERVATION VII.

Prise à la polyclinique de M. le Dr DUBREUILH.

Marie D..., 39 ans, ménagère.

Début il y a 12 ans par un petit bouton rouge dans le sillon nazo-génien droit ce bouton un peu prurigineux est resté cinq ans stationnaire, puis il a commencé à grandir et à remonter sur l'aile du nez, à cette époque la malade est allée voir le Dr Moore qui lui a fait des cautérisations et paraît lui avoir donné le traitement spécifique. Aucune amélioration, plutôt aggravation. Le nez a commencé à se déformer depuis cette époque (il y a cinq ans).

Actuellement le nez est complètement déformé ; le dos du nez présente une entaille profonde qui rend le lobule saillant et retroussé.

L'aile droite est profondément échancrée et présente dans son milieu un mamelon saillant du volume d'un petit pois couvert de poils. L'ulcération a environ 6 centimètres de longueur sur 3 de large, elle est à cheval sur le dos du nez, s'étend plus à droite qu'à gauche ; elle couvre tout le côté droit du nez jusqu'à l'insertion du lobule et s'étend jusqu'à une ligne verticale partant du milieu de l'œil, suit le rebord inférieur jusqu'à l'angle de l'œil sans l'atteindre puis se porte transversalement à gauche en franchissant l'arête du nez. Sur le côté gauche elle couvre la moitié de l'organe en respectant la racine, l'aile, et le bord de la narine.

Sur cette surface on trouve des parties cicatricielles et souples du côté droit du nez ; d'autres parties qui sont épidermisées mais dont la

surface rougeâtre est mamelonnée dure et superficiellement infiltrée (extrême droite). D'autres parties sont couvertes de croûtes minces sous lesquelles se trouvera du pus et une surface ulcérée bourgeonnante (aile droite, côté gauche). Sauf quelques points tout à fait cicatrisés toute la surface malade est légèrement indurée avec quelques mamelons plus durs ; elle est limitée par un petit bourrelet de 2 millimètres d'épaisseur, un peu saillant, rougeâtre et très dur.

Sur le lobule une petite partie, dure infiltrée mais non ulcérée est couverte d'une squame jaune et grasse. A droite du lobule petit orifice pénétrant dans les narines.

Traitement antisypilitique.

8 septembre. — Amélioration. Les lésions sont moins infiltrées, épidermisation sauf à l'extrémité gauche dont la croûte est tombée mais dont le fond reste ulcéré, évidé et très creux. D'une façon générale la lésion est moins dure, les tempons sont moins saillants, le bourrelet lui-même paraît un peu moins dur par place.

15 septembre. — Statu quo. On excise un fragment pour l'examen microscopique. — qui donne les caractères de l'ulcus rodeus.

OBSERVATION VIII.

Communiquée par M. le Dr BALADE (à Bordeaux)
et présentée à la Soc. d'anato. 1892.

Mme X. âgée de 71 ans, prétend qu'à la suite d'un coup d'ongle, il est survenu il y a à peu près 15 ans de cela, sur la partie droite du nez. à égale distance de l'angle interne de l'œil et de l'extrémité nasale, un petit nodule du volume d'une lentille.

Un traitement externe fut appliqué et le malade guérit, mais au bout d'un an, il y eut une récurrence et un ulcère se produisit. Nouveau traitement, nouvelle récurrence. Mais depuis 10 ans, l'ulcère ne s'est cicatrisé et a toujours progressé du centre à la périphérie.

Voici l'état actuel des lésions présentées par la malade, le 22 février 1892.

Une plaie uniforme à bords lisses taillés à pic comme à l'emporté-pièces, ayant de la tendance à gagner en surface, a dévoré l'aile droite du nez et la partie correspondante des os du nez, elle attaque la cloison.

La lèvre supérieure est en partie mangée et a fini par se séparer, il y a deux mois; à chaque extrémité de la solution de continuité on trouve un tubercule dur lisse, de la grosseur d'un pois. Entre les deux extrémités de la lèvre supérieure rongée, apparaît la partie antérieure de la voûte palatine dévorée dans l'étendue d'un quart.

Les bords de la plaie sont très curieux à étudier, ils n'ont pas une consistance uniforme, les parties de l'ulcération siégeant dans la partie supérieure de la joue sont durs et presque tranchants. Un peu plus bas, dans le sillon du nez, la consistance du bord de la plaie est presque celle du tissu normal. L'extrémité droite libre est comme je l'ai dit dure, à consistance tuberculeuse, la partie qui siège sur l'aile droite du nez a son bord presque mou, excepté la partie de l'aile qui n'est pas complètement détruit. La lésion sur la cloison paraît légèrement infiltrée.

Si nous promenons notre doigt sur le bord inférieur de la voûte palatine, il n'est pas dur et a presque la consistance des tissus normaux.

En somme les bords de la plaie qui sont en contact avec le tissu osseux ont une consistance normale : les bords libres sans tissu osseux sous-jacents, sont indurés, sauf dans le sillon nasal.

Cette plaie saigne peu, suppure peu, n'a pas d'odeur, n'a jamais bourgeonné, les tissus s'effritent et tombent de proche en proche.

La malade jouit d'une excellente santé.

Je n'ai trouvé ni trace de syphilis ni de scrofule.

J'ai cherché en vain un engorgement ganglionnaire quelconque.

La mère est morte de pneumonie à 48 ans, son père est décédé âgé de 97 ans.

Cette malade présentée à la société d'anatomie de Bordeaux par le Dr Balade son médecin, le diagnostic de lupus fut posé, mais on revint bien vite sur cette décision. Devant l'absence complète de tout symptôme tuberculeux et la présence des signes de l'ulcère rongeur, le diagnostic fut changé en celui d'ulcus rodens.

30 juin 1892. Les derniers renseignements qu'a bien voulu nous donner M. le Dr Balade sont les suivants :

L'état des malades est toujours satisfaisant, il existe même une légère amélioration depuis l'installation du traitement au chlorate de potasse. L'absence de tout engorgement ganglionnaire est encore manifeste.

L'appétit est conservé les douleurs très tolérables. Le Dr Balade propose mais sans résultat à la malade de lui mettre un appareil en caoutchouc pour combler les cavités produites par la destruction des tissus et dans lesquelles la malade passe fréquemment la langue.

OBSERVATION IX.

Prise dans le service de M. DUBREUILH.

Mme J. 64 ans.... Début il y a 12 ans par une plaque grande comme une lentille qui a crû lentement pendant les 10 premières années et qui depuis deux ans ne grandit plus.

Actuellement on trouve sur le côté gauche de la lèvre supérieure une plaque grande comme une pièce de 2 francs irrégulièrement circulaire.

Sa partie centrale de la grandeur d'un petit haricot, est cicatricielle et déprimée. Tout autour est un rebord irrégulier et parfois interrompu, de 5 à 6 millimètres de large, saillant, infiltré, très dur, de couleur jaune, rosée avec quelques petites veines dilatées. La surface présente quelques dépressions à fond papillomateux.

Cette lésion s'exulcère parfois et n'a jamais guéri complètement. Pas de ganglions

La dureté et l'aspect font penser à un épithélioma.

Les traitements suivis ont été très variés. Cautérisation, etc.

Traitement actuel KI, emplâtre de Vigo.

Il a été malheureusement impossible de faire l'examen de la tumeur.

CHAPITRE III

Etiologie-Variétés.

L'étiologie de l'ulcus-rodens est encore très obscure. Son mode de développement, les caractères macroscopiques de ses lésions et la structure intime de ses éléments ne fournissent aucune indication bien nette à ce sujet et même si l'on admettait une prédisposition individuelle, une sorte d'état de réceptivité de la constitution, on ne serait pas plus avancé pour cela. Récemment, on a cru pouvoir attribuer à des micro-organismes particuliers, des coccidies, un rôle prédominant dans la formation des tumeurs épithéliales. Mais quelle est la nature de ces coccidies? Quelle est leur action sur le tissu épithélial? Peuvent-elles toutes, sans distinction d'espèce, produire un épithélioma, et est-il réservé à une certaine catégorie d'entre elles de créer telle ou telle forme d'Epitélioma? ces questions sont malheureusement loin d'être résolues. Il est certain que cette théorie coccidienne est très séduisante et expliquerait très bien cette hyperplasie pathologique des éléments épithéliaux.

On admet bien avec Muller que tous les tissus de l'organisme pour des raisons encore peu connues peuvent évoluer anormalement et produire aussi des tumeurs dont les éléments ont un type dans le tissu qui leur a donné naissance. Mais ces raisons quelles sont-elles? Ici l'influence pathologique serait toute trouvée. Et si on reconnaît que tout néoplasme a comme point de départ une irritation ou une inflammation des éléments préexistants normaux nous sommes tout prêts à admettre que cette irri-

tation ou cette inflammation a pour cause une certaine catégorie de coccidies.

La température les saisons et l'alcoolisme semblent n'avoir aucune influence sur la maladie. Il n'en est pas de même de l'âge, car l'ulcus rodens est pour ainsi dire une maladie de la vieillesse.

On la rencontre bien plus fréquemment entre 40 et 70 ans qu'à la seconde période de la vie toutes les observations qui ont été recueillies le prouve amplement.

VARIÉTÉS. — On décrit trois variétés d'ulcus rodens, les variétés tubulée, acineuse et mixte, mais ce sont là des variétés anatomiques qui seront étudiées dans un chapitre spécial.

Cependant l'ulcus rodens ne se présente pas toujours sous un même aspect extérieur. Au début surtout, il peut prendre la forme d'une verrue, d'un bouton d'une écorchure ou même d'une petite croûte; plus tard les bords des lésions peuvent être taillés à pic ou déchiquetés plans ou saillants, etc., mais ce sont là des particularités d'évolution et non des variétés d'une même affection, en conséquence ces particularités seront traitées au chapitre de la symptomatologie.

Il est des cas où l'ulcus rodens semble être assez nettement consécutif d'une acné sébacée partielle et l'on peut parfois suivre l'évolution simultanée de ces deux affections. La question a besoin d'être mieux étudiée. Cette dérivation est probable mais toute affirmation est impossible à ce sujet.

Symptomatologie

Après la lecture attentive des observations qui précèdent, l'on ne peut s'empêcher d'être frappé de la constance des caractères de l'Ulcus Rodens, les descriptions en sont si ressemblantes qu'on

les dirait presque copiées les unes sur les autres, et il découle de cette uniformité, de cette similitude des manifestations, la notion nette et précise de l'individualité de cette affection.

Les descriptions conformes en tous points à celles que nous ont laissées Moore, Pajet, et Hutchinson sont assez typiques pour servir de base à notre symptomatologie,

La face est indiscutablement le siège de prédilection de l'ulcère rongeant ; mais il peut se développer sur toute autre partie du corps. Cependant dans le plus grand nombre de cas observés, il siégeait aux deux tiers supérieurs du visage, nos observations en font foi, les exemples que rapporte A Mathieu l'attestent et le travail de F. T. Paul fondé sur l'anatomie de 22 cas (dont deux un peu douteux de la paupière supérieure) fait voir que l'ulcus rodens siégeait.

7 fois aux joues

7 fois aux paupières

3 fois au front

3 fois sur les côtés du nez

2 fois sur la ligne supérieure.

S. J. Pajet cite un cas d'ulcus rodens de dimensions excessives siégeant au cou et au dos — on peut le retrouver aux membres et sur le tronc, mais ce sont des cas extrêmement rares ; encore les descriptions qu'on en donne sont loin d'être bien convaincantes. — Hutchinson a spécialement appuyé sur cette localisation constante de l'ulcère rongeant aux deux tiers supérieurs du visage.

Le docteur Wollingham dans un récent travail rapporte un cas d'ulcus rodens de la marge de l'anus. Les caractères que présentait la lésion étaient tellement ressemblants à ceux que donnent les auteurs anglais et Hutchinson entre autres, qu'il n'avait pas

hésité à considérer l'affection comme appartenant à cette catégorie de tumeurs épithéliales.

Enfin Estrada dans les Annales de Dermatologie du 9 Juin dernier porte à notre connaissance, un cas d'ulcus Rodens à ajouter à tous ceux que l'on connaissait déjà. Pour notre part, n'ayant jamais rencontré l'ulcus rodens ailleurs qu'au visage, nous regrettons de n'avoir pu étudier les différentes particularités que l'affection aurait pu présenter dans ces conditions.

Les hommes semblent y être plus prédisposés que les femmes, c'est ainsi que dans le travail de T. Paul déjà mentionné, l'on voit 16 hommes atteints, sur 22 malades. Cependant cette disproportion n'est pas toujours aussi grande. L'âge joue un rôle très important dans l'évolution de la maladie ; et dans les nombreuses observations qui en ont été publiées, l'on voit l'ulcère rongeur survenir le plus souvent entre 40 et 70 ans, qu'à la seconde période de la vie. Toutefois, sur les femmes en particulier, l'on rencontre assez souvent des lésions à cette période.

L'ulcus rodens, quel qu'ait été son point de départ, se présente à son début sous la forme d'une petite tumeur verruqueuse, ou d'un petit bouton, le plus fréquemment ; quelquefois cependant, il prend l'aspect d'une toute petite ulcération croûteuse ; le « Noli me tangere » des anciens.

Quelques fois encore, on l'a vu paraître sur des cicatrices d'une affection antérieure non complètement guérie :

Au commencement, le peu d'étendue de la lésion, son innocuité apparente, le peu de réaction qu'elle produit, rendent le diagnostic souvent difficile, parfois impossible.

Mais cette période pour ainsi dire latente de son évolution, est assez tranchée pour en faire une des caractéristiques de cette affection,

Lorsque l'ulcère rongeur débute par la forme de tumeur ou de petit bouton, l'épiderme aminci à son point le plus culminant, devient le siège d'une desquamation de plus en plus abondante, écailles épidermiques qui tombent d'elles-mêmes ou sont enlevées par le malade. L'épiderme miné en dessous par la poussée du néoplasme diminue graduellement d'épaisseur et finit enfin par céder, l'ulcère est constitué.

L'aspect de l'ulcère à première vue n'offre rien de bien particulier, sinon une absence presque complète de réaction inflammatoire. Nous examinerons successivement, *sa base, sa surface, ses bords et son pourtour*.

Un des caractères sur lesquels se sont arrêtés tous les auteurs qui ont décrit cette affection, est l'induration de sa base, infiltration d'une épaisseur de quelques millimètres toujours la même. malgré l'accroissement de la lésion.

Nous ferons remarquer ici que cette induration fait principalement défaut là où la lésion se trouve en contact immédiat avec du tissu osseux ou du tissu cartilagineux ; de sorte que sur un même ulcère l'on rencontre des parties notablement indurées et d'autres qui ne le sont pas. La surface de la lésion est généralement lisse, polie, sèche, parfois croûteuse et très finement granuleuse, mais ne présente que très rarement ces végétations exhubérantes que l'on retrouve dans les lésions cancéreuses.

Cette surface assez friable donne un très léger suintement qui ne rappelle en rien la fétidité de l'ichor cancéreux. Après avoir enlevé la croûte jaunâtre ou rosée qui recouvre souvent le fond de la plaie, on rencontre parfois un reticulum vasculaire de coloration sombre constitué par des veinules et des capillaires dilatés.

Une particularité que l'on remarque assez fréquemment dans l'ulcus rodens, c'est la tendance cicatricielle des parties centrales alors que l'affection progresse toujours à la périphérie, en gagnant et en détruisant les tissus voisins. — Quelques fois aussi, mais bien plus rarement, l'on observe sur un point quelconque du pourtour de la lésion, une sorte d'épidermisation, mais jamais l'on a pu citer un cas où les désordres se soient réparées complètement et où la maladie ait guéri d'elle-même.

Les bords de l'ulcère, circulaires ou ovalaires au début, peuvent devenir très irréguliers après un certain laps de temps. Ils sont taillés à pic comme à l'emporte pièce, on déchiquetés, quelques fois décollés et souvent saillants et déjetés en dehors » *Rolled-overedge* » des auteurs anglais. « Ce deferlement » des parois du bord donne au pourtour de l'ulcère l'aspect d'un bourrelet circulaire « d'un ourlet qui limiterait extérieurement la lésion. » Him.

Les bords finement granuleux, presque dépourvus de travail inflammatoire surplombent souvent l'ulcère et quelques fois sont au même niveau que lui.

Ils présentent parfois des nodules durs, à surface lisse ou granulée, d'une coloration jaune rougeâtre, d'un éclat vernissé ou nacré, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois.

Le pourtour de la lésion dans la majorité des cas présente le même aspect que celui de la peau normale, les téguments y paraissent sains sans hyperémie notable, cependant l'on rencontre parfois une assez forte dilatation des veines cutanées.

On a observé encore, rarement il est vrai, autour de la lésion primitive une ou deux petites ulcérations de même nature qu'elle, mais cette multiplicité est généralement due à ce que l'ulcère primitivement unique a été divisé par des cicatrisations partielles

spontanées ou opératoires et le pont de peau qui les sépare est purement cicatriciel.

La marche de l'ulcus rodens est essentiellement chronique. La période initiale est par elle-même assez longue pour constituer un symptôme important de la maladie, et la période ulcéreuse peut durer encore longtemps, sans que la santé du malade s'en ressente.

C'est cette lenteur qui a d'abord frappé les premiers observateurs et a attiré l'attention sur cette affection et qui a été le point de départ de son étude.

L'ulcus rodens est une maladie apyrétique par excellence et ce n'est qu'à l'ultime époque de l'affection, alors que les désordres sont considérables et les pertes de substance énormes qu'on pourrait trouver quelques mouvements fébriles. Autrement la température du corps reste normale.

L'absence de douleur est encore une des caractéristiques de l'ulcère rongeur ; en effet, elle manque complètement au début de l'affection, et même lorsque celle-ci dure depuis de nombreuses années, que les lésions sont extrêmement étendues, la douleur peut parfois ne pas exister.

Au commencement la lésion est plutôt le siège de démangeaisons et d'un prurit violent qui porte le malade à se gratter vivement. Plus tard, lorsque les tissus sont rongés, dévorés sur une vaste étendue, il peut exister de la douleur, mais la souffrance dans ces cas est loin d'être comparable à celles du cancer.

Un symptôme d'une importance capitale et qui prouve bien la nature locale de l'ulcère rongeur, est cette limitation des lésions à une partie quelconque du corps sans retentissement ganglionnaire ou viscéral.

Tous ceux qui ont décrit cette affection se sont arrêtés sur

ce point et ont démontré que jamais, dans un cas typique d'ulcus, on n'a pu constater l'hypertrophie d'un seul ganglion lymphatique, due à une lésion secondaire.

Il est curieux d'observer parfois le processus de l'ulcère rongeur. Dans quelques cas, le travail semble plutôt destructif qu'ulcératif; les tissus détruits purement et simplement, s'effritent sur place et tombent.

A l'inverse des lésions cancéreuses, celles de l'ulcère rongeur ne sont jamais suivies de dépôt dans les organes internes; et si l'affection prend un temps considérable pour évoluer elle n'aboutit jamais à la cachexie, et les malades meurent plutôt d' inanition ou d'hémorrhagie que du fait même de l'affection. Les symptômes toujours constants, sont caractéristiques par eux-mêmes pour s'assurer de la nature d'une lésion. Cependant il est des cas douteux où de plus amples renseignements ne sont pas superflus, dans lesquels l'examen microscopique est nécessaire.

Une pareille investigation vient alors confirmer les soupçons et lever tous les doutes, car les caractères très histologiques de l'ulcus rodens sont trop nets, trop typiques, pour permettre la moindre hésitation.

Au contraire de ce qu'admettaient Heurtaux et beaucoup d'autres, nous pensons que lorsque des symptômes aussi précis appartiennent à une affection, ils suffisent de a différencier de toutes les autres et permettent de lui assigner une place dans la nosologie des processus morbides.

Anatomie Pathologique.

Les opinions relativement à la nature de l'Ulcus Rodens peuvent être classées comme suit :

1^o Variété d'Epithélioma, Moore 1867; Hulke 1871-73, Collins Warren 1872 :

Dépendant du tissu dans lequel il se développe, Hutchinson 1860.

2^o Carcinome de glandes Sébacées, Thiersch, Butlin, etc.

3^o Carcinome des glandes sudoripares, Fhlin 1878, 1886.

4^o Carcinome des follicules pileux. Tilbury 1879.

Colcott, Fox, Sangster, Humé.

L'on comprend qu'une fois que la nature épithéliale de l'ulcus rodens fut reconnue, tous les auteurs cherchèrent à découvrir le tissu dans lequel la lésion débutait, et la cellule épithéliale qui lui donnait naissance.

L'on sait aujourd'hui qu'il n'existe que trois sortes de cellules épithéliales, douées d'une vitalité propre et capables de se multiplier.

1^o Les cellules de la couche de Malpighi.

2^o Les cellules des follicules pileux.

3^o Les cellules des glandes sébacées et sudoripares.

Les deux premières catégories, appartiennent au type épidermique, et la dernière au type glandulaire.

Collins Warren dans son rapport ne pouvant résoudre le problème, émet l'hypothèse de la transformation des globules blancs en éléments pseudo-épithélial. Cette hypothèse n'est pas soutenable.

L'aspect qui revêt parfois l'ulcus Rodens lorsqu'il siège aux paupières a pu faire penser qu'il pourrait provenir des glandes de Meibomius. T. Paul critique fort cette opinion. Les diverses

théories sur l'origine et la nature de l'ulcus rodens provient probablement de ce que leurs auteurs avaient cru trouver quelques analogies entre les cellules de l'ulcus rodens et celles d'une des trois catégories mentionnées plus haut et se basaient sur la loi de Muller pour fixer leur origine. Ils étaient secondés dans cette voie par l'assurance qu'ils avaient, qu'au voisinage d'un néoplasme les tissus qui ont la même origine que lui sont plus particulièrement atteints. Mais ceci est loin d'être absolu. C'est ainsi que quelques auteurs Hume, Sangster, Colcott, Fox, ayant cru découvrir quelques analogies entre les cellules des tumeurs qu'ils examinaient et celles de la paroi externe des poils et ayant trouvé qu'au voisinage de la tumeur les follicules pileux présentaient des altérations notables, se sont crus autorisés à affirmer que l'ulcus rodens était un carcinome des follicules pileux. — Il est certain qu'en admettant cette influence de voisinage, cette thèse paraît vraisemblable. Mais combien de tumeurs n'a-t-on pas trouvées, dont les cellules étaient si petites, si indistinctes, quelles ne rappelaient nullement celles de telle ou telle espèce de cellule épithéliale. N'est-il pas plus rationnel d'admettre que si les organes annexes de la peau présentent des altérations, que ces altérations sont simplement dues à la croissance de la tumeur, qui les comprime par le fait même de son développement, indépendamment des troubles circulatoires qu'entraîne cette augmentation de volume; que d'attribuer à ces altérations une cause mystérieuse, obscure, et loin d'être prouvée, celle de la parenté des tissus et leur identité d'origine.

Pour notre part, malgré le grand nombre des coupes observées, il nous a été impossible de rattacher l'origine de l'ulcus rodens à tel ou tel type de cellules, sur la physionomie que présentaient celles que nous examinions.

Les anatomo-pathologistes attribuent trois formes de structure à l'ulcus rodens.

Une structure tubulée,

Une structure acineuse,

Une structure intermédiaire.

Dans le premier cas, sur la coupe l'on voit une série de tubes épithéliaux terminés en cul de sac pénétrer dans le derme. Ils semblent provenir de la couche la plus interne de l'épiderme, s'enfoncent verticalement, d'abord dans la muqueuse, puis devenant ondulés, contournés, peuvent s'infléchir à angle presque droit et se terminent par un renflement dont la dimension est double du calibre initial. A partir de la moitié de leur longueur jusqu'à leur extrémité terminales leur calibre devient de plus en plus grand. Cet aspect est probablement dû à ce que ces bourgeons épithéliaux rencontrant un tissu peu dense à leur début, peuvent la pénétrer verticalement ; tandis que dans la couche profonde du derme, ils rencontrent de nombreuses fibres conjonctives plus fortes que les premières et sont obligés par suite de la difficulté qu'ils ont à vaincre cette résistance, d'affecter la forme onduleuse, et finalement de s'orienter dans le sens des fibres (Hirn).

Ces colonnes épithéliales sont séparées les unes des autres par du tissu conjonctif nettement fibrillaire, d'une coloration pâle qui tranche sur celle des bourgeons épithéliaux.

Parfois, ces cylindres épidermiques sont en si grand nombre, si serrés les uns contre les autres, qu'il n'existe entre eux qu'une mince bande claire dépourvue de tout aspect fibrillaire.

Ces tubes sont constitués par des cellules très petites, très finement granuleuses, mal limitées les unes des autres, et pourvues d'un noyau vivement coloré par le picro carmin. Ces cel-

lules traitées par le même procédé que précédemment semblent dépourvues de membrane d'enveloppe, et paraissent plongées dans une substance homogène, hyaline mais sans réfringence spéciale.

Sur une section portant transversalement sur un tube, on voit que les cellules les plus périphériques, allongées, granuleuses, analogues aux cellules cylindriques de la couche malpighienne, affectent une disposition particulière ; elles sont placées perpendiculairement au tissu connectif circum-voisin, et ont une disposition régulière en *palissade*. Ces cellules marginales sont notablement plus volumineuses que celles du centre.

Sur les coupes de tumeur, durcies à l'acide osmique et traitées par l'hématoxyline acide d'Ehrlich, ces cellules marginales sont pourvues d'une membrane d'enveloppe, et les cellules centrales irrégulièrement disposées, semblent limitées par un trait très fin, aspect qu'elles ne présentent pas lorsqu'elles sont durcies à l'alcool et colorées par le picro-carmin.

A la périphérie des cellules marginales en palissade, on retrouve les faisceaux de fibres conjonctives ondulées, dirigés dans tous les sens, et d'une coloration pâle.

Les colonnes épithéliales s'anastomosent rarement.

Dans la forme acineuse, les tubes épidermiques présentent sur leur parcours des renflements multiples, des culs-de-sac nombreux, ce qui leur donne l'aspect d'une glande en grappe. Les cellules marginales affectent, comme dans la forme tubulée, cette disposition en palissade. Elles sont cylindriques, très finement granuleuses, pourvues de membrane d'enveloppe, séparées les unes des autres par un petit espace clair analogues en un mot aux cellules de la couche de Malpighi. Les cellules du centre, semblables en tout point à celles précédemment décrites

dans la forme tubulée, présentent cependant une particularité très curieuse. Petites, finement granuleuses, disposées irrégulièrement dans une masse inter-cellulaire, elles présentent parfois de très petites fibrilles qui unissent les unes aux autres; leurs noyaux, relativement volumineux, sont très vivement colorés.

On trouve souvent, au milieu de ces cellules centrales, des vacuoles claires, transparentes, sans réfringence spéciale, qui à un grossissement plus fort, semblent formées par un certain nombre de vacuoles plus petites. Il paraît s'agir ici d'une dégénérescence cellulaire spéciale.

On rencontre aussi au milieu des cellules centrales et particulièrement dans les bourgeons latéraux du cylindre épithélial, quelquefois tout à côté des vacuoles, des débris de cellules à noyaux ratatinés, déchiquetés, et souvent fragmentés.

Quelquefois un certain nombre de cellules affectent une disposition globulaire, "*pseudo-pearls*", au centre de laquelle on retrouve ces débris épithéliaux, cellules irrégulières, noyaux ratatinés et fragmentés, mais la dégénérescence s'arrête là, et n'affecte jamais la forme de « globes épidermiques » à cellules imbriquées les unes dans les autres, que l'on rencontre dans l'épithélioma de la lèvre inférieure, par exemple.

Dans la forme intermédiaire, à côté des colonnes non ramifiées, on retrouve des tubes acineux qui émettent des prolongements dans tous les sens, ramifications qui peuvent s'anastomoser. La diversité des masses rend toute description impossible. On retrouve dans cette forme les mêmes caractères que dans les deux précédentes; mais jamais encore de « globules épidermiques ». La forme tubulée pure est la plus rare des trois; les cellules cubiques qui la constituent rappellent beaucoup la configuration des glandes sudoripares, parfois la lumière du tube est

remplie par des cellules fusiformes qui peuvent, par leur nombre, le dilater, mais on n'y trouve ni vacuoles, ni amas de détritns.

La forme acineuse par l'agencement de ses cellules, sa configuration acineuse semble se rapprocher de l'épithélioma lobulé, mais dans ce cas la prolifération des cellules marginales aboutit à la formation cornée des globes épidermiques. Tandis que dans l'ulcus rodens, cette transformation ne va jamais aussi loin et les débris qu'on y trouve semblent être des cellules arrêtées dans leur évolution keratinique, détruites et dégénérées avant d'arriver à leur ultime développement.

Sur des coupes provenant des bords de l'ulcère on remarque parfois à côté des masses des bourgeons pleins, nettement séparés du tissu conjonctif ambiant, des dépôts de cellules épithéliales se rapprochant beaucoup comme dimension, de celles du sarcome, à noyaux seuls visibles sans cellules marginales en palissade, et plongées irrégulièrement dans les mailles du tissu conjonctif environnant. Leur connexion avec le reste du néoplasme semble de prime abord ne pas exister.

C'est cette disposition qui a fait croire à Virchow que les cellules épithéliales pouvaient parvenir à une transformation pathologique des éléments conjonctifs.

Mais cette doctrine fut complètement renversée par les découvertes de Schweigger-Seidel, de Ranvier et de Boll, vérifiées par d'autres histologistes éminents, qui démontrèrent que les corpuscules connectifs de Virchow n'étaient rien moins que des espaces entre les faisceaux du tissu conjonctif et que la cellule conjonctive réelle portait un endothélium plat invisible dans les circonstances ordinaires.

Il est encore curieux de constater que malgré cette apparente diversité de formes, suivant que le néoplasme siège dans tel ou

tel tissu, l'ulcus rodens présente toujours quelque particularité qui lui est propre et que l'on retrouve presque constamment dans les tumeurs de cette nature que l'on a à examiner.

Dans quelques cas d'ulcère rongeur, le soulèvement du pourtour de la lésion est si apparent, les bords sont si nettement « rolled over » qu'ils forment un ourlet circulaire limitant extérieurement l'ulcération ; même dans ces cas l'examen microscopique fait voir que les cylindres épithéliaux, les masses, les végétations épidermiques dépassent à peine cette rigole, ce sillon. Lorsque l'ulcération est de date ancienne et qu'elle présente une grande étendue, les groupes de cellules peuvent ne se rencontrer encore que sur les bords de la lésion, limitées à une partie superficielle de la peau.

Lorsqu'il n'existe pas de « déferlement » ces masses caractéristiques de petites cellules épithéliales se trouvent presque immédiatement sous les bords et ne s'étendent qu'à une très faible distance dans les téguments sains. (Hirn)

Lorsque ces masses par leur augmentation graduelle, ont acquis un certain volume, le tissu conjonctif environnant sur lequel elles empiètent progressivement, finissant par disparaître, elles s'anastomosent les unes avec les autres.

Cette prolifération des bourgeons finit par interrompre toute distribution sanguine — Tantôt au contraire les espèces de tissus conjonctifs étant conservées comme on l'observe dans la forme acineuse la muqueuse est bien irriguée.

Les glandes sébacées et les poils dégénèrent avant de se trouver en contact avec le néoplasme.

Quoiqu'il en soit, le processus est plus qu'un processus hypertrophique d'éléments épithéliaux. Il y a plus qu'une simple perte d'équilibre entre le derme et l'épiderme ; car l'épithélium du

néoplasme agit comme un irritant, sur les tissus vasculaires voisins et il résulte un peu d'inflammation.

C'est cette particularité qui distingue l'épithélium de l'ulcère rongeur d'un épithélium normal simplement hypertrophié et qui est en désaccord avec l'hypothèse de Boll qui pense que l'épithélioma est dû à une disproportion de l'énergie vitale des éléments épiblastiques et mésoblastiques,

L'ulcus rodens est donc un épithélioma, mais un épithélioma particulier ayant des caractères histologiques spéciaux, que l'on retrouve constamment dans les lésions de même nature.

L'on comprend l'importance de ces particularités anatomiques dans les cas où le diagnostic clinique est douteux.

Nous revenons sur la dégénérescence cellulaire spéciale que l'on remarque dans l'ulcus rodens, car c'est là une particularité qui semble ne pas avoir été suffisamment décrite jusqu'ici, et c'est précisément cette dégénérescence épithéliale qui nous fait pencher à croire que l'ulcus rodens n'est pas loin d'être un épithélioma pavimenteux colloïde provenant d'un épithélium pré-existant.

En effet dans l'état actuel de nos connaissances, exclusion faite de la théorie embryonnaire de Virchow, nous admettons généralement que les tumeurs caractérisées par des éléments épithéliaux proviennent d'un épithélium type, existant normalement dans l'économie est que ces tumeurs ont une tendance à évoluer de la même façon que l'épithélium normal qui leur a donné naissance.

L'on a donc divisé les épithélioma comme les épithéliums en pavimenteux et cylindriques; les premiers se subdivisant en diffus, lobulé, perlé, tubulé, colloïde. (Heurtaux) Nous ne nous occuperons pas de l'épithélioma diffus dont la description ne rappelle en rien celle de l'ulcus.

Mais nous insistons sur ce fait, que l'épithélium lobulé, ainsi appelé par l'aspect que lui donnent les lobules épidermiques qui constituent le néoplasme, évolue presque identiquement de la même façon que l'épiderme, et que les différentes couches qu'on y rencontre ont leur analogue dans l'épiderme. Les cellules les plus périphériques des végétations nouvelles sont semblables à celles de la couche de Malpighi et les transformations qu'elles subissent dans la peau pour aboutir à la forme cornée rappellent tellement celles par lesquelles elles passent dans la tumeur, pour constituer le globe épidermique, que si par l'imagination l'on déroule, l'on étale une masse de néoplasme, elles offrent une configuration identique qui rend toute différenciation impossible. Les globes épidermiques sont donc des cellules épithéliales dégénérées qui ont pris cette forme globulaire par suite de leur position intra-tégumentaire. Certaines tumeurs épithéliales dont le type est le cancroïde de la lèvre inférieure possèdent la même évolution que celle que nous venons de décrire, aussi y trouve-t-on de nombreux globes épidermiques cornés. Mais cette dégénérescence kératinique n'existe pas toujours et dans certains épithélioma, les cellules marginales représentées dans la peau par celles de la couche malpighienne peuvent subir une dégénérescence spéciale une sorte de transformation muqueuse comme celle que l'on observe dans l'épithélioma olloïde.

Dans l'ulcus, les cellules en palissade, semblent subir une transformation analogue; ses granulations extrêmement fines que l'on aperçoit dans la substance cellulaire, (premier stade de dégénérescence) disparaissent graduellement en même temps que le noyau se ratatine et se fragmente, et bientôt leur disposition comme celle des fragments nucléaires ne laisse à la place

de la cellule primitive qu'un espace clair, transparent, sans réfringence spéciale, une sorte de vacuole, un pseudo-kyste en un mot.

L'on voit combien cette espèce de dégénérescence muqueuse ressemble à celle de l'épithélioma colloïde, c'est ce qui nous fait pencher à croire que l'ulcus rodens pourrait bien ne pas être autre chose qu'un épithélioma colloïde ; nous ne l'affirmons pas la question n'ayant pas été suffisamment étudiée. En résumé les caractères histologiques de l'ulcus rodens sont les suivants :

La trame ou le stroma est de nature conjonctive, fibrillaire ou embryonnaire, pâle, légèrement rosé par le picro-carmin. Lorsqu'il est en abondance il est richement pourvu de vaisseaux, dans le cas contraire il n'est que peu ou pas vasculaire.

Le néoplasme est constitué par des cellules très petites, très finement granuleuses pourvues d'un noyau richement coloré.

Au milieu d'elles on trouve parfois des groupements cellulaires sans imbrication dont le centre est occupé par une ou plusieurs cellules dégénérées complètement ou des vacuoles, (stade ultime).

Les cellules marginales en palissade sont un peu plus volumineuses que les précédentes et sont disposées perpendiculairement au stroma conjonctif.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Nous nous sommes déjà arrêtés sur la difficulté que l'on avait parfois de formuler un diagnostic au début de la maladie. Il est certain qu'à cette période papillomateuse initiale, l'aspect ni la forme ne fournissent d'indication bien nette et qu'il est bien difficile sinon impossible de savoir à quoi s'en tenir. Tout au plus pourrait-on soupçonner la nature de la lésion par son siège et encore ne doit-on pas oublier que l'ulcus rodens n'a pas seul la propriété de se développer sur les deux tiers supérieurs de la face et que si c'est là son siège de prédilection on l'a rencontré aussi sur d'autres parties du corps.

Heureusement il n'en est pas toujours ainsi et voici ce qu'écrivait Hutchinson dans son « Clinical Report on Rodent Ulcer: » « Le diagnostic de l'ulcus rodens est généralement facile. Un ulcère pourvu d'un bord sinueux, induré, situé sur une partie quelconque des deux tiers supérieurs de la face, ayant existé depuis plusieurs ou de nombreuses années, presque indolore et survenant chez une personne moyennement âgée jouissant d'une bonne santé et chez laquelle on ne trouve aucune hypertrophie glandulaire... un tel ulcère appartient presque infailliblement au type rodens. »

Depuis cette époque aucun symptôme nouveau n'est venu s'ajouter à ceux que l'on connaissait déjà et qui ont été si admirablement décrits par Paget et Hutchinson.

Au début la symptomatologie de l'ulcus est presque négative ;

L'ulcus à cette époque n'ayant aucun signe particulier, il est parfois extrêmement difficile de formuler un diagnostic certain. On pourrait le prendre pour un petit bouton, une verrue ou une simple excoriation, nous reviendrons sur ce sujet.

Avant la période ulcération, la différenciation de l'ulcère rongeant et de l'ulcère sébacé présente les plus grandes difficultés.

Comme l'ulcus, l'acné a une durée très longue quoique notablement moindre; ces deux affections sont pourvues de croûtes brunnâtres ou jaunâtres assez adhérentes, qui se desquamment et sont incessamment renouvelées. Si le médecin, se fiant à cette apparence seule, pense avoir affaire à un épithélioma et traite la maladie par des caustiques, il crée un ulcère, change la nature de la lésion et rend son diagnostic correct, impossible pendant un laps de temps. On ne doit pas oublier qu'il existe des cas où l'acné, sous certains traitements, a évolué comme un vrai épithélioma malin.

Les croûtes que l'on retrouve à la surface de l'acné sont essentiellement constituées par un magma de globules de graisse et de débris épidermiques. Lorsqu'on les enlève on trouve au-dessous une peau relativement saine qui laisse apercevoir les orifices des glandes sébacées dilatées, on peut même y découvrir de petites ampoules, visibles à l'œil nu ou à un faible grossissement, remplies de matière adipeuse.

L'on pourrait encore confondre l'ulcère rongeant à son début avec un papillome ou une verrue et parfois le diagnostic en est excessivement difficile. Comme nous l'avons déjà dit, une petite tumeur développée chez une personne âgée, ayant une tendance à s'accroître, étant le siège d'une desquamation abondante, avec hypersecrétion épidermique à son pourtour, est probablement une épithélioma à son début.

À la période d'ulcération, l'ulcus rodens pourrait être pris,

pour un ulcère syphilitique, mais il ne faut pas oublier que les accidents tertiaires évoluent rapidement, sont multiples ou peuvent l'être du moins, sont accompagnés d'autres accidents de la même diathèse et sont enfin heureusement modifiés par le traitement spécifique; les antécédents enfin viennent à l'appui du diagnostic.

Il pourrait être confondu encore avec un lupus; la qualité de la nodulation pourrait servir à la différenciation. Dans le lupus des bords de l'ulcération sont affaïsés, réguliers, et non déjetés; les tubercules caractéristiques du lupus se voient sur le pourtour de la lésion, et enfin l'âge du malade est un point précieux. Le lupus est en général une affection du jeune âge, l'ulcus de l'âge avancé. Mais on doit se souvenir que parfois l'épithélioma peut se développer sur le siège même du lupus.

Dans l'ulcus rodens enfin les points d'infiltration que l'on trouve sur les bords sont très durs, l'ulcération est presque sèche et saigne assez facilement. Dans le lupus les infiltrats ou les tubercules isolés ou confluents ont une mollesse remarquable; l'ulcération quand elle existe a des bords infiltrés d'une façon diffuse et molle, la surface est franchement suppurante, les lésions destructives des cartilages et des os sont toujours dépassées comme étendue par les lésions cutanées ou muqueuses.

Les ulcérations de la syphilis tertiaire se rapprochent plus du lupus que de l'ulcère rongeant. On y retrouve la même supuration du fond et la même rougeur un peu diffuse des bords. Les tubercules syphilitiques isolés ou confluents sont moins mous que ceux du lupus mais n'ont pas la dureté caractéristique des nodules épithéliomateux de l'ulcus rodens. Leur couleur est également plus foncée.

Lorsque la syphilis tertiaire atteint le squelette elle le détruit

par nécrose avec production de sequestre, suppurations abondantes et effondrement brusque de lésions longuement préparées. Au contraire l'ulcus détruit par effritement, en nappe, *rongeant* tous les tissus du même pas, de la même façon et de la même vitesse.

Arrivons maintenant au diagnostic différentiel symptomatique de l'ulcus rodens et de l'épithélioma, tels que les auteurs anglais le comprennent c'est-à-dire l'épithélioma malin, dont le cancroïde de la lèvre inférieure peut être pris pour type.

Il est indiscutable que pour ceux qui admettent l'unité de ces deux affections, un diagnostic différentiel n'a pas sa raison d'être, mais il en est tout autrement pour ceux qui penseront comme nous que si ces deux maladies ont parfois, dans leurs généralités, quelques points de ressemblance, en revanche dans leurs détails elles diffèrent absolument et possèdent chacune séparément des caractères particuliers parfaitement individuels.

C'est ainsi que l'étude approfondie de ces deux manifestations morbides, le cancroïde et l'ulcus rodens fait ressortir clairement la malignité du premier, malignité tellement évidente que les anglais lui ont réservé le titre d'épithélioma en y attachant une certaine idée de gravité ; tandis qu'au contraire c'est à la bénignité de ses manifestations que l'ulcus rodens doit d'avoir été séparé des affections avec lesquelles il avait été confondu autrefois et c'est pour cela que ces mêmes auteurs ont considéré le cancroïde comme la manifestation d'une diathèse, la diathèse épithéliale, et qu'ils ont fait de l'ulcus rodens une affection purement locale, quoiqu'ils fussent parfaitement avisés de sa nature épithéliale.

La marche de ces deux affections n'est plus du tout la même ; celle du cancroïde est rapide, l'ulcus progresse lentement en

détruisant purement et simplement les tissus voisins, il est généralement superficiel ; le cancroïde les détruit et les ulcère ; il attaque immédiatement les organes profonds et enfin le cancroïde est toujours suivi de retentissement ganglionnaire, il n'y a jamais de douleur.

Dans cette dernière affection l'état du malade est bon, tandis que le cancroïde peut aboutir à la cachexie. L'un récidive, l'autre pas. Les deux affections diffèrent encore par l'aspect et la nature de leurs lésions : dans le cancroïde les tissus morbides sont fongueux, injectés, bourgeonnent parfois d'une façon exubérante, dans l'ulcus la surface de la lésion est lisse, polie ou finement granuleuse. On ne rencontre jamais sur les bords d'un ulcère rongéant la forme mamelonnée, bosselée, que l'on retrouve sur ceux d'un cancroïde.

L'ulcération du cancroïde saigne au moindre contact, l'ulcus a une tendance assez faible aux hémorrhagies ; la fétidité du cancroïde ne peut être comparée à celle de l'ulcus, la douleur dans le premier cas est notoirement plus grande que dans le second, et enfin si l'on se base sur les écrits d'Hutchinson, le siège de la lésion serait un point important dans le diagnostic différentiel de ces deux affections, puisque l'ulcère rongéant siégerait de préférence sur les deux tiers supérieurs du visage, et qu'il ne s'est jamais montré à la lèvre inférieure, tandis que le siège de prédilection du cancroïde est justement cette même partie de l'orifice buccal.

Le diagnostic différentiel que nous venons de donner de l'ulcus rodens et du cancroïde, est évidemment fait entre deux types parfaits de ces deux maladies, mais il n'en est pas toujours de même, et les plus grands experts en la matière se sont parfois trompés.

On se souvient encore des discussions qui eurent lieu en Angleterre entre Fhin et les frères Fox à ce sujet. Fhin et quelques autres, rapportent que dans les cas où le diagnostic d'ulcus rodens avait été posé cliniquement par des autorités compétentes, l'examen histologique avait démontré leur nature essentiellement épidermique, et dans d'autres où l'on avait pensé avoir affaire à un épithélioma malin, le microscope fit reconnaître un ulcus rodens ; il est vrai de dire que dans ces derniers cas, les cellules étaient très volumineuses et se rapprochaient beaucoup du type épidermique.

C'est même cette difficulté de différenciation qui a porté quelques auteurs à croire à la possibilité de la transformation d'un ulcus en un cancroïde, mais cela est loin d'être évident, ainsi que le démontrent les nombreuses descriptions histologo-pathologiques de la nature, ou mieux, de la structure de l'ulcus rodens.

Cependant dans la majorité des cas une différenciation est possible sinon aisée. Qu'on se souvienne que l'ulcus rodens détruit en surface, il peut pénétrer et détruire mais toujours graduellement de la surface à la profondeur ; il ne fait pas de massif profond et ne fait que tapisser son ulcère.

Cela tient à ce qu'il s'étend lentement et se détruit presque aussi vite. Le cancroïde malin, celui de la lèvre inférieure par exemple, s'étend beaucoup plus vite qu'il ne s'ulcère ; il pousse des fusées dans la profondeur qui sont bien en avance des destructions ulcéreuses ; il en résulte que cela constitue des masses épaisses, profondes augmentées encore par le bourgeonnement de la surface.

Il constitue en somme une *tumeur* tandis que l'Ulcus Rodens n'est qu'un ulcère.

Durée et Terminaison.

Les nombreux auteurs qui ont décrit l'ulcère rongeant ont tout particulièrement insisté sur la lenteur avec laquelle cette affection se développe, et c'est précisément cette forme évolutive contrastant étrangement avec la rapidité relative des manifestations de la diathèse cancéreuse, qui a appelé l'attention des premiers observateurs, Jacobs, et les autres, et qui en fait une des caractéristiques de cette affection.

C'est surtout à la première période de la maladie que l'on observe cette sorte de torpeur, cette marche si lente et si insensible qu'on ne dirait nullement qu'elle progresse, aussi, peut-on presque délimiter cette première période, dans la plupart des cas.

Cependant il peut se faire que cette période ne soit pas reconnue : l'attention du malade n'étant attirée sur la lésion par aucune augmentation de volume apparente et par aucune douleur. Une fois l'ulcère établi il progresse plus rapidement et la marche semble s'accroître à mesure que la lésion grandit.

On ne peut fixer exactement la durée de la maladie. Dans les cas cités par T. Paul, la durée moyenne avant l'opération était de 6 ans, variant entre 6 mois et 14 ans. Mais dans les cas où la mort résulta de l'affection, la durée était de 10, 16 ans et même plus.

Les lésions que trouve à la dernière période, sont si étendues, si vastes que les malades sont généralement emportés plutôt par inanition que par le fait même de l'affection. L'on comprend encore que des lésions semblables amenant la destruction des tissus dans un endroit aussi richement pourvu de vaisseaux que l'est la face, puissent produire des hémorrhagies capables d'avoir

un résultat fatal. Le voisinage de la veine ophthalmique et du sinus caverneux pourraient faire craindre des thromboses ou des embolies dans le cas où les ulcères siègent à la paupière supérieure. Enfin lorsque la lésion a détruit ou gravement compromis les os du crâne, et principalement le frontal et le temporal, il se pourrait qu'il se déclare une méningite se terminant par la mort. Il n'est pas un seul cas dans la science où les lésions se soient cicatrisées d'elles-mêmes.

Le mode de progression ne fournit aucun renseignement précis sur son origine. On admet bien qu'au voisinage du néoplasme, les tissus qui ont la même origine que lui sont plus particulièrement atteints. Cependant cela n'est pas absolu et c'est à tort que pour l'ulcus rodens quelques auteurs ont pensé qu'il provenait des follicules pileux parce que ces organes présentaient des altérations plus notables à son voisinage. Quoiqu'il en soit, une fois l'ulcère établi il envahit les tissus et tous les organes indifféremment.

Le mode d'extension est plutôt destructif qu'ulcératif, les observations qui suivent en donnent un exemple remarquable.

Il arrive rarement que l'on puisse observer l'ulcus Rodens à son début, ce qui explique comment il se fait que l'on soit si peu fixé sur son mode de début. Ainsi T. Paul en a excisé de très petits, avant même qu'il n'y eût d'ulcération, lorsqu'il n'y avait qu'une simple production papillomateuse mais d'aspect suspect et il a toujours trouvé la transformation épithéliale déjà faite.

Dans la série des affections d'origine épithéliale s'il en est une dont l'avenir ne soit pas trop sombre c'est bien celui de l'ulcus rodens.

Lorsque la maladie n'est qu'à son début, ou que les lésions sont restreintes on a beaucoup de chance d'obtenir une guérison

complète par un traitement approprié, car, et c'est encore là une des raisons qui militent en faveur de la spécificité de la maladie, de sa nature locale, toutes les tumeurs enlevées dans leur totalité n'ont jamais récidivé. Malheureusement lorsque les lésions sont trop étendues pour qu'une opération soit efficace, et qu'elles atteignent les principaux organes tels que le nez et la bouche, dont elles compromettent les fonctions, il est certain que le pronostic devient singulièrement grave.

Lorsqu'on permet à la maladie de suivre son cours ou qu'on essaie de la combattre par des moyens inefficaces, les lésions s'étendent de plus en plus s'agrandissant graduellement et le malade finit par mourir d'hémorrhagie ou d'épuisement.

Le pronostic de l'Ulcus Rodens, en général, est bien plutôt bénin que grave.

TRAITEMENT.

Parmi les nombreuses tumeurs de nature épithéliale, l'ulcus rodens est certainement celle qu'on a le plus de chance de guérir.

Si les statistiques de Paget, de Morro, font voir combien l'on est impuissant en face des affections cancéreuses ; les nombreuses guérisons obtenues dans le cas d'ulcus rodens, en Angleterre sont assez encourageantes pour permettre aux chirurgiens de compter sur de bons résultats.

Jusqu'ici le traitement interne ou médical de cette affection est loin d'avoir de brillants succès à son actif.

L'action curative du chlorate de potasse prôné par Milon et W. Cooke pouvait cependant exister puisque chacun d'eux a pu obtenir une guérison avec cet agent thérapeutique. Mais avant eux Bergeron l'avait déjà employé avec succès à Alfort et plus tard l'ayant essayé sur l'homme, cite quelques faits qui paraissent concluants. (Heurtaux).

Le chlorate de potasse peut être administré à l'intérieur ou localement.

La médication externe est sans contredit la meilleure. Cependant dans les cas où l'ulcère siègerait à l'œsophage, ou même aurait atteint la cavité buccale ; ces cas seuls seraient justiciables de l'administration interne ; le chlorate de potasse, ayant la propriété de s'éliminer par les glandes salivaires, se trouverait ainsi continuellement en contact avec les surfaces malades.

Dans ce cas, l'on devra commencer par des doses modérées, 0,50 cent. ou 1 gramme, ne jamais dépasser 2 grammes, et

avoir soin de fragmenter les doses pour éviter autant que possible des troubles digestifs.

Extérieurement, à l'exemple de Blondeau et de Milon, l'on pourrait se servir d'une solution aqueuse saturée dont on imbibe de la charpie ou de l'ouate hydrophile, qu'on fait maintenir en permanence sur la lésion.

Lorsqu'il y a de l'amélioration, elle ne se manifeste qu'après plusieurs semaines.

Le traitement même, de l'aveu de Bergeron, est des plus infidèle. (Heurtaux).

Nous ne mentionnons que pour mémoire les autres agents thérapeutiques tels que : la ciguë, la digitale, l'acétate de cuivre etc., dont le grand nombre prouve le peu d'efficacité. L'expérience a d'ailleurs démontré que ces médications n'avaient aucune valeur.

Les anciens chirurgiens prenant à la lettre le terme de « Noli me tangere » laissaient l'affection se développer à l'aise, nous ne sommes nullement partisans de cette expectative, et pensons que même dans les cas où le diagnostic de l'affection est douteux, on devrait accorder au malade le bénéfice du doute. Combien d'affections de ce genre n'a-t-on pas vu s'étendre indéfiniment, alors que si elles avaient été prises au début, on aurait pu l'enrayer complètement.

L'on doit bien se souvenir que de toutes les affections épithéliales, celle qui est le plus praticable du traitement chirurgical est sans contredit l'ulcus rodens. Les exemples que nous rapportons font bien voir, que lorsque la maladie est laissée à elle-même ou que les soins qu'on y a apportés ont été insuffisants ; l'affection n'a fait que progresser, qu'à envahir tellement les tissus qu'à un certain moment un résultat fatal ne paraît que trop

évident. La nature de l'ulcère reconnue on devra donc immédiatement avoir recours aux procédés *d'extirpation* ou de *cautérisation*.

Depuis fort longtemps l'on s'est aperçu de l'infidélité du second de ces deux procédés et les anciens chirurgiens eux mêmes ont fait voir combien les caustiques étaient dangereux entre des mains inhabiles ou trop timides ; par suite de la difficulté de limiter leurs zones d'action.

Cependant au début il est très probable qu'une cautérisation énergique pourrait enrayer définitivement la maladie.

Parmi les nombreux procédés employés les suivants nous semblent préférables :

La pâte sulfo carbonée.

L'acide acétique cristallisable dans le cas où la lésion serait accompagnée d'acné sébacée partielle.

Quant à la pâte de Canguoin, les caustiques de Filhos, de Pollau, de Vienne, n'ayant aucune indication sur leur mode d'action, il nous est impossible d'avoir une opinion sur leur valeur thérapeutique.

Sa cautérisation étant, en général fort douloureuse et souvent dangeureuse, nous lui préférons certainement le premier des deux moyens chirurgicaux, l'*extirpation*. En règle générale l'on doit établir que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur sur la nature de laquelle on n'est pas exactement renseigné, mais qu'on a de fortes présomptions pour croire de nature maligne on devra recourir à l'extirpation.

Ceci est encore exact pour l'ulcus rodens, et si l'on avait affaire à une verrue ou un papillôme ou à une croûte, suivis d'exfoliation notable de l'épiderme d'augmentation de volume ou de la plus faible tendance à l'ulcération et que ces tumeurs siè-

gent aux deux tiers supérieurs de la face on devra immédiatement l'extirper en s'entourant bien entendu de toutes les garanties possibles d'antiseptie.

Il nous est impossible de donner une technique opératoire pour tous les cas si nombreux d'ulcus rodens. On devra surtout s'inspirer de la dimension du siège de la tumeur et ne pas oublier d'explorer attentivement le pourtour de la lésion et enlever soigneusement toutes les parties suspectes en opérant à une assez grande distance du point incriminé pour éviter des rechutes ultérieures.

Dans la majorité des cas on pourra compter sur une guérison complète et permanente. Enfin nous ne pouvons terminer ce chapitre de l'ulcus rodens sans citer le curettage suivi ou non de cautérisation, quoique nous lui préférions l'extirpation totale des lésions. Mais lorsqu'on aura choisi le premier de ces deux modes opératoires il faudrait de préférence se servir d'une curette tranchante gratter soigneusement les surfaces atteintes et appliquer sur la plaie un pansement antiseptique.

Ce procédé préconisé par les chirurgiens anglais semble avoir donné d'excellents résultats en France.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Lebert.** *Physiologie pathologique*, 1845, T. II, p. 591.
 — *Traité des maladies cancéreuses*, 1851, p. 594.
 — *Traité d'anatomie pathol.* etc. Tumeurs épidermiques épithéliales, T. I, p. 130, 1837.
- Hughes Bennett.** *On cancerous and cancroïd. growths* Edimburgh 1849.
- Paget.** *Lectures on surgical. Path.* Épithélial cancer. Vol. II, p. 412, Londres 1853.
- Virchow.** Ueber Cancroïde und Papillar. geschwülste in *Verhandl der. phys. med. Gesellsch.* in Würzbrug, B. d, I, p. 106, 1850.
- Hannover.** « *Das Epithelioma* » Leipsiq 1852.
- Mayor.** *Recherches sur les tumeurs épidermiques*, etc. Thèse de Paris 1846, n° 8.
- Michon.** Thèse de clin. chirur. *Du cancer cutané*, Paris, 1848.
- Moore.** *Monopaph.* 1867, London.
- George Thin.** Cancerous ulcer of. 43 years duration, etc. *Transaction Path. Loc.* London 1879, v. II, p. 281
- Robin et Laboulbène.** Mémoire sur deux observations, etc. in *Mémoires de la Société de Biologie*, 1^{re} série t. V, p. 185, 1845.
- Lorrain et Robin.** *Mémoire sur deux nouvelles obser. de tumeurs hétéradéniques*, etc. in *Ibid* 2^e série, t. 1, p. 208, 1854.
- Marcel et Robin.** *Note sur un nouveau cas de tumeur hétéra.* in *Ibid* 2^e série, t. I. p. 222, 1854.
- Verneuil.** *Obser. pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau*, in *Arch. Génér. de Med.* 5^e série, T. III, p. 555, et T. IV p. 447 et 693. 1864.
- J. N. Dupuy.** *Du Cancroïde.* etc, Thèse de Paris 1855, n° 196.
- Heurtaux.** *Du Cancroïde en général*, Thèse de Paris 1860, n° 10.
- Feuardent.** Thèse de Paris, *Acné sébacée.* etc. 1888.
- A. Mathieu.** 4 cas d'Epithélioma' bénin de la face, in *Arch. Génér. de Med.* 1881, Tome I, p. 692.

- T. Paul.** *Brit. Med. Journal*, 1886, Tome I, p. 881.
- Collins Warren** de Boston. *Essay on Rodent ulcer*, 1873.
- Hutchinson (Jonathan)** *Med. Times and Gazette*, 1860, T. I.
- J. B. Fergusson**, On the nature, etc. *St Bartholomews Hospit. reports* 1885, XXI, p. 101, et 1885. T. II, p. 507.
- Phin.** *On cancerous diseases of the Skin* 1886. London.
- Thiersch.** *Des épithelial Krebs.* Leipz. 1865.
- Billroth.** *Aphoris. u. Adenom. u. épithel. Krebs.* in *Arch. f. Klin. Chir.* B d. 848, 1865 et *Elém. de path. chir. génér.* 49^e leçon, VII, Paris, 1868. (trad. fran.)
- Hulke.** *Pathol. Society's trans* T, II, 1871.
- Lücke, H.** *Handb. der. allg. u. speciell. Chir.* von Pithau. Biblioth Bd. II, A. I, R, 2, S 221, u. folg. Erlangen 1869.
- Rindfleisch.** Carcinome Epithel. in. *Traité (d'Histol. trad. franc.)* p. 189. Paris 1873.
- Follin.** *Arch. Générales de Med.* 1854, tome II.
- Broca.** *Dict. Encycl. des scien. Méd.* Article. Adénome et *Traité des tumeurs.* Tome II. p. 514.
- Albert Hénocque.** *Encyl. des Scien. Méd.* art. Tumeurs épithel. 1887.
- Jaccoud.** *Dict. Art.* Cancer et cancroïde.
- Littre.** *Dic. en 30 vol.* Art. Epithélioma, cancer.
- C. Broeck.** Behandlung das Ulcus Rodens mit den Unna's, etc. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XII. 1891, t. I, p. 173.
- Eug. Cahen.** *Ueber einen Fall von Ulcus Rodens.* Thèse Würzburg, 1887.
- M. Connell.** The treatment of six cases of Rodent ulcer by the use of caustic Potash. in *Philad. med and, Surg. Reports*, 21 sept. 1878. Tome II, p. 307.
- Duvergier.** Du Cancroïde, du noli me tangere, de l'impétigo Rodens, ulcéreux et non ulcéreux in. *Bull. génér. de thérapeut.* 30 nov. 1871.
- Fairfax.** Case of Rodent ulcer, ligature of carotid artery, recovery. in. *Boston med. et surgic. Journal*, 1880, vol. 26.
- W. T. et T. C. Fox.** On Rodent ulcer in. *Trans. of pathol. Society* 1879 t. XXX, p. 360 et ibid. *British. med. Journal* 1872, T. I. p. 270.

Hulke *Pathol. Soc. of London* 1871 et 1873.

G. H. Hume. Rodent ulcer, etc. *British med Journal*, 1884. T. I. p. 5,

Lancial. Epithél. des glandes Sudor., in. *Bull. de Soc. Anat. chir. de Lille* 1887.

Mayland. Microscopical. sections of rodent ulcer. *Glasgow Med. Journ.* oct. 1887.

Milroy. Ulcus Rodens, *med. surgical Soc. of Glasgow et médical Journ of Glasgow*, t. XXXII n° 4, 1889.

Sangster. Rodent ulcer *British med. Journ.* 21 oct. 1882, II, p. 777.

G. Fhin. *British med. Jour.* 23 mars 1885. T. I. p. 1043.

W. R. Williams. Rodens ulcer in a girl of 14 years old. *Brit. med. Jour.* 18 oct. 1890.

Vu :

Vu :

Le Doyen,

Le Président de la thèse,

BROUARDEL

STRAUS

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

